

doi:10.3969/j.issn.1000-9760.2014.03.017

电话回访式健康教育对院外癌痛患者镇痛效果 服药依从性及满意度的影响

朱凤华 刘丽萍

(济宁医学院附属医院, 山东 济宁 272029)

摘 要 **目的** 探讨电话回访式健康教育对出院后癌痛患者镇痛效果、服药依从性及满意度的影响。**方法** 选取 2013 年 3 月至 2013 年 12 月入院的重度癌痛患者 80 例,均服用盐酸吗啡缓释片止痛治疗,出院时随机分为对照组和观察组各 40 例,对照组给予常规回访,即按照癌痛规范化诊疗示范病房(GPM)检查要求出院 1 周内回访 1 次。观察组给予定期电话回访式健康教育,即每周回访 2 次,每个出院患者至少回访 6 次,比较两组患者出院 3 周后服药依从性及镇痛效果、患者满意度的差异。**结果** 观察组服药依从性、镇痛效果、回访满意度均明显高于对照组($P<0.05$)。**结论** 电话回访式健康教育可有效提高院外癌痛患者服药依从性、镇痛效果及患者满意度。

关键词 电话回访;健康教育;癌痛患者

中图分类号:R473.6 **文献标识码**:B **文章编号**:1000-9760(2014)06-201-03

癌性疼痛是一个普遍的世界性问题。很多癌症患者在确诊时已属晚期,疼痛严重地影响患者的生活质量^[1]。2011 年卫生部下发了关于在全国范围内启动“癌痛规范化诊疗示范病房”创建活动的文件,旨在加强我国癌痛规范化诊疗管理,提高肿瘤患者生存质量^[2]。但癌痛患者在出院后的镇痛治疗主要靠自己及家属,其规范化治疗难以得到延续,从而使患者无法达到预期的治疗效果,影响其生活质量^[3]。

我院肿瘤科于 2012 年 3 月开始创建癌痛规范化治疗示范病房(GPM),对癌痛患者的治疗逐渐规范化,提高了癌痛患者的生活质量。自 2013 年 1 月开始对癌痛出院患者进行电话回访,出院 1 周内电话回访 1 次,回访率 100%。回访 2 月后发现部分患者出院后服用止痛药物的依从性随出院时间延长逐渐降低,镇痛效果不理想,患者及家属对癌痛回访的满意度降低。2013 年 3 月开始实施电话回访式健康教育,回访 3 周后与常规电话回访相比较,调查患者院外服用止痛药物的依从性、疼痛缓解有效率及患者对癌痛回访的满意度。报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取 2013 年 3 月至 2013 年 12 月入院的重度癌痛患者 80 例,患者住院期间均行吗啡滴定,换算

成对患者有效止痛的盐酸吗啡缓释片剂量,进行个体化止痛治疗,口服给药。所有患者入院时疼痛评分 7~10 分,出院时疼痛评分 0~2 分,出院后继续口服盐酸吗啡缓释片。将患者随机分为对照组和观察组各 40 例。观察组男 28 例,女 12 例,胃癌 10 例,食管癌 8 例,大肠癌 11 例,肺癌 3 例,肝癌 5 例,胰腺癌 3 例,年龄 38~72 岁;对照组男 25 例,女 15 例,其中胃癌 9 例,食管癌 7 例,大肠癌 10 例,胰腺癌 3 例,胆管癌 3 例,肝癌 4 例,肺癌 4 例,年龄 40~75 岁。两组年龄、性别、文化程度、肿瘤 TNM 分期、入院时疼痛强度及出院时疼痛评分等比较差异无统计学意义($P>0.05$),本组患者对自己所患疾病均能知情。

1.2 方法

1.2.1 疼痛评分 采用 0~10 数字疼痛强度评估量表(NRS),0 分为无痛,1~3 分为轻度疼痛,4~6 分为中度疼痛,7~10 分为重度疼痛。本组患者出院前均已掌握疼痛评分方法,出院时每人发放 1 份疼痛患者出院指导,内容包含疼痛评估的方法、规范用药的意义、出现不良反应的处理、门诊开取麻醉药品的方法、出现应急状况的求助电话等等。

1.2.2 对照组 对出院癌痛患者 1 周内电话回访 1 次,记录患者服药情况、有无不良反应及疼痛评分。3 周后再次回访评价。

1.2.3 观察组 1)成立癌痛回访管理小组。由护士长和 1 名医生、2 名护士组成,护士长任小组长,负

责监管。所有小组成员工作5a以上,经过癌痛专业知识培训,沟通能力较好。2)管理方法。收集患者的基本资料:患者的一般情况、疼痛性质、部位、评分;服用盐酸吗啡缓释片的剂量、频次、不良反应;患者对疼痛的认知情况及用药依从性。建立疼痛随访档案。3)回访内容。患者的一般情况、心理状况、用药情况,了解患者疼痛控制情况,有无不良反应出现,宣传癌痛相关知识,提醒和督促患者按时、按量服药等,并逐项记录。发现疼痛控制不佳者或有其它不适症状,嘱其及时返院检查、治疗。必要时增加回访频次。患者问及与癌痛治疗无关的问题,如下一步的治疗、床位预约、特殊检查等等也须耐心解答,必要时请分管医生协助答复。每周回访2次,每个出院患者至少回访6次,3周后评价。

1.2.4 评价方法 回访人员在患者出院后满3周,按照自行设计的调查问卷,了解患者服药的依从性、癌痛缓解程度、患者对疼痛治疗的满意度。服药依从性主要从患者是否按时服药、是否按量服药2项指标进行评价,符合2项为完全依从,符合1项为未完全依从,符合0项或自行更换药物为完

全不依从。癌痛缓解程度分级包括4级,为完全缓解(CR)治疗后疼痛消失,不影响睡眠;部分缓解(PR)治疗后疼痛缓解明显,对睡眠影响较小;轻度缓解(MR)治疗后疼痛有所缓解,但仍影响睡眠;无效(NR)疼痛没有缓解甚至加重^[4]。癌痛控制有效=CR+PR。患者对镇痛治疗效果及电话回访的满意度共有3个选项:1)您对疼痛控制结果是否满意;2)您对回访人员的用药及饮食等健康指导是否满意;3)您对电话回访方式及内容是否满意。3项选“是”为非常满意、2项选“是”为满意、1项选“是”为一般、3项选“否”为不满意,非常满意和满意为总满意度。

1.3 统计学方法

采用SPSS13.0统计软件进行数据分析。

2 结果

2.1 两组患者服药依从性、镇痛效果、满意度情况 见表1。

表1 两组患者服药依从性、镇痛效果、满意度统计情况(n)

组别	n	服药依从性				疼痛缓解程度				患者满意度			
		按时按量	未按时	未按量	未按时按量	CR	PR	MR	NR	非常满意	满意	一般	不满意
对照组	40	25	8	5	2	19	8	6	7	21	8	6	5
观察组	40	34	3	2	1	31	6	3	0	33	5	2	0

2.2 两组患者服药依从性、镇痛效果、满意度统计比较

观察组经电话回访式健康教育干预后,服药依从性、镇痛效果、回访满意度均明显高于对照组($P<0.05$),两者差异有统计学意义,见表2。

表2 两组患者服药依从性、镇痛效果、满意度统计学分析(n)

组别	n	服药依从性好	疼痛有效控制	满意度(满意)
对照组	40	25	27	29
观察组	40	34	37	38
χ^2		4.132	6.328	5.878
P		0.041	0.010	0.013

3 讨论

疼痛是恶性肿瘤患者常见的症状之一,严重影响患者的生活质量,阿片类药物是WHO癌痛三阶梯治疗方案中重要的镇痛药物^[5],本组患者全部服用盐酸吗啡缓释片镇痛治疗。癌痛患者止痛治疗的依从性是影响治疗效果的重要因素^[6]。出院患者回访显示患者院外用药的依从性降低、镇痛效

果也随之降低,那么患者的满意度也会降低。综合分析原因如下:1)受周围亲朋好友的劝阻,认为吗啡缓释片含“毒品”成分、“吃多了会上瘾、副作用大”、不痛就没必要吃等等,患者服药的信心下降,私自减量或减少服药频次。2)患者出院后,由于缺乏医护人员的用药监督和宣教,随时间延长癌痛知识淡忘等因素,服药的依从性会逐渐降低,导致镇痛疗效不理想。3)吗啡缓释片不良反应的出现,特别是患者对便秘的顾虑,患者自行改服其它止痛药物。本文通过对院外癌痛患者电话回访式健康教育的干预,动态了解患者服药情况、镇痛效果及伴随的不良反应情况,发现未按时按量服药的患者及时查找原因,给予纠正错误的观念,指导其应对不良反应的方法。干预后,观察组患者服药依从性明显高于对照组,镇痛效果和满意度也明显高于对照组($P<0.05$)。

电话回访式健康教育与常规出院回访相比较,解决了很多患者实际存在的影响癌痛治疗的问题,表现为:1)护士能督促患者按时按量服药,及时了

解镇痛效果,及时处理药物不良反应,提高患者生活质量。2)镇痛效果降低、不良反应增加或出现其它不适状况时,由回访小组医生连续回访,给予调整药量或指导对症处理。3)护士的鼓励能增强患者服药的信心,为患者提供专业的心理护理。消除患者的焦虑和对阿片类药物的误解,并敦促患者积极参与癌症疼痛的管理^[7]。4)与患者家属沟通,取得支持,督促患者按时按量服药;指导其门诊开取麻醉药品的方法。患者获得更好的社会、家庭支持,感觉身边有专业的保健医生。而常规出院回访多数流于形式,目的是为了完成工作任务。

电话回访式健康教育实际推广仍存在一些困难。我们的解决方法如下:1)电话回访式健康教育每周 2 次,平均通话时间 10min,而常规回访每周 1 次,每次平均 5min,观察组每周花费的时间是对照组的 4 倍。癌痛回访小组护士由责任护士兼职,工作量较大,绩效考核时适当给予经济补偿或排班时给予补休,以提高护士的积极性。2)回访时患者经常提到抗肿瘤治疗、化验检查、住院治疗等问题,此项工作需获得科主任及医疗团队的支持。3)患者及家属文化差异及信息接受能力差异较大,护士回访需要较强的沟通能力和极大的耐心,时间长了会有工作疲惫感。建议癌痛回访小组成员每 3 个月更换 1 次。

电话回访式健康教育是当前健康教育的一种新形式,它是利用信息化工具,能及时在护士与患者及其家庭成员间建立有目的地互动^[8],是住院病人教育的延续,将服务延伸到家庭,使病人在生活、

心理、社会等方面得到全面护理,对延缓病情发展、预防并发症、减少住院时间、减轻经济负担、提高生活质量起到了促进作用^[9]。对院外癌痛患者通过电话回访式健康教育,指导患者及家属应对服用阿片类药物出现的不良反应,大大提高了患者服药的依从性、疼痛缓解的有效率和癌痛治疗的满意度,同时提高了患者的生活质量。

参考文献:

- [1] 马双莲,丁玥.临床肿瘤护理学[M].北京:北京大学医学出版社,2003:96.
- [2] 诸海燕,赵建国,罗慧群.院外延续管理在癌痛患者镇痛治疗中的应用[J].医院管理论坛,2013,30(8):60-61.
- [3] 诸海燕,刘秋霞,赵建国,等.双向随访对中重度癌痛患者的影响[J].护理学杂志,2013,28(19):19-20.
- [4] 谢瑰.癌症晚期的疼痛治疗[J].中国医药指南,2012,10(2):173-174.
- [5] 杨建美,徐会英.护理干预在阿片类药物致便秘患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2013,19(15):24-25.
- [6] 钟金霞,陈小琼,李雁玲,等.影响癌痛疼痛治疗依从性的原因分析及护理对策[J].护理实践与研究,2009,6(5):20-22.
- [7] Ferrell BR,Juarez G. Cancer pain education for patients and the public[J]. J Pain Symptom Manage, 2002, 23(4): 329-336.
- [8] 陆燕琼,陈秀云,杨月彩,等.电话回访式健康教育对大肠癌患者院外依从性的影响[J].齐齐哈尔医学院学报,2012,2:245-245.
- [9] 唐金凤,杨晓梅.出院电话回访式健康教育在慢性阻塞性肺疾病患者中的作用[J].中国实用护理杂志 2008,24(11):41-45.

(收稿日期 2014-04-15)

(上接第 200 页)织、有计划、系统的健康教育,才能取得更好的效果,达到健康教育的目的。系统强化健康教育,能够从整体上实现哮喘患者的早期诊断、长期规范治疗、减少发作次数、减缓疾病进展、保证哮喘患者正常生活、心理健康等,改善病人的生活质量和肺功能。从表 3 可以看出,教育后两组患者生活质量测评各项指标差异均有统计学意义,观察组明显优于对照组,均 $P<0.05$ 。表 4 显示,两组患者肺功能各项指标差异有统计学意义($P<0.05$)。由此可见,系统强化健康教育改善哮喘患者生活质量和肺功能。

参考文献:

- [1] 何海燕,何娇.出院电话随访式健康教育在支气管哮喘患者

- 中的应用[J].现代医药卫生,2013,29(8):1132-1133,1135.
- [2] 李国宁,王国军,冯保廷.健康教育对成人支气管哮喘患者吸入治疗依从性的影响[J].宁夏医科大学学报,2013,35(2):204-206.
- [3] 中华医学会呼吸病学会哮喘组.支气管哮喘防治指南[J].中华结核和呼吸杂志,1997,20(5):261-267.
- [4] 李凡,蔡映云.支气管哮喘生存质量评估表的制定、评估和临床应用[J].现代康复,2001,5(2):18-19.
- [5] 李艳芳,胡晓华.支气管哮喘 47 例健康教育[J].齐鲁护理杂志,2011,17(16):113-114.
- [6] 何权瀛.开展哮喘的系统教育与长期管理[J].中国慢性病控制与预防,1997,5(2):81.
- [7] 杨秀芳,陈桂香.护理干预模式在支气管哮喘患者中的应用及效果观察[J].齐鲁护理杂志,2013,19(13):7-9.

(收稿日期 2014-04-11)