

家庭参与式安宁疗护联合希望理论对晚期肺癌患者癌因性疲乏的影响评价

郝宗琴, 张徐敏*

莘庄社区卫生服务中心 上海

【摘要】目的 分析家庭参与式安宁疗护联合希望理论对晚期肺癌患者癌因性疲乏的干预效果。**方法** 选取我院 2023 年 6 月至 2025 年 6 月期间收治的晚期肺癌患者共 120 例, 随机分为对照组和干预组。对照组接受常规安宁疗护, 干预组在此基础上实施家庭参与式安宁疗护联合希望理论干预。**结果** 干预组 PFS-R 总分显著低于对照组, HHI 得分更高, FCTI 得分更低 ($P<0.05$)。**结论** 家庭参与式安宁疗护联合希望理论可有效缓解晚期肺癌患者的癌因性疲乏, 提升其希望水平, 并增强家庭照顾能力。

【关键词】 晚期肺癌; 癌因性疲乏; 家庭参与; 安宁疗护; 希望理论

【收稿日期】 2026 年 3 月 16 日

【出刊日期】 2026 年 4 月 15 日

【DOI】 10.12208/j.jmmn.20260230

Evaluation of the impact of family-participatory palliative care combined with hope theory on cancer-related fatigue in patients with advanced lung cancer

Zongqin Hao, Xumin Zhang*

Shen Zhuang Community Health Service Center, Shanghai

【Abstract】Objective To analyze the intervention effect of family participatory palliative care combined with hope theory on cancer-related fatigue in patients with advanced lung cancer. **Methods** A total of 120 patients with advanced lung cancer admitted to our hospital from June 2023 to June 2025 were randomly divided into control group and intervention group. Patients in the control group received routine palliative care, while patients in the intervention group received family-integrated palliative care combined with hope theory intervention on this basis. **Results** The total PFS-R score of the intervention group was significantly lower than that of the control group, with higher HHI score and lower FCTI score ($P<0.05$). **Conclusion** The theory of family participatory palliative care combined with hope can effectively alleviate cancer-related fatigue in patients with advanced lung cancer, improve their hope level, and enhance their family caregiving ability.

【Keywords】 Advanced lung cancer; Cancer-related fatigue; Family participation; Palliative care; Hope theory

癌因性疲乏是晚期肺癌患者普遍有的多维症状, 严重影响患者生活质量^[1]。现有干预侧重于单一症状管理, 对家庭支持跟患者内心的支持较少^[2]。家庭参与式安宁疗护强调将家庭纳入主要照护单元, 希望理论则关注个体在逆境中建构目标、路径与动力的心理过程, 二者结合可为疲乏管理提供新方式^[3]。现在将家庭支持与个体希望整合的干预研究尚不多。本研究旨在评价家庭参与式安宁疗护联合希望理论的干预方案, 以期从该双重路径缓解晚期肺癌患者的癌因性疲乏。

1 对象和方法

1.1 研究对象

选取我院 2023 年 6 月至 2025 年 6 月期间收治的晚期肺癌患者 120 例。采用随机数字表法分为对照组

与干预组, 两组患者的年龄、性别等基线资料差异无统计学意义 ($P>0.05$), 有可比性, 见表 1。本研究已获得伦理委员会批准, 所有参与者均在研究开始前签署了书面知情同意书。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准: ①经病理学确诊为 IV 期非小细胞肺癌; ②预计生存期 ≥ 6 个月; ③具备基本沟通与理解能力; ④有一名主要家庭照顾者参与照护且同意配合研究。

排除标准: ①伴有严重认知障碍或精神疾病; ②合并其他严重躯体疾病; ③正在参与其他类似干预研究。

1.3 干预方法

1.3.1 对照组方法

对照组接受常规安宁疗护。以护士为主导, 侧重于

*通讯作者: 张徐敏

症状管理。责任护士每周做一次结构化随访, 评估患者的主要症状, 依据医嘱做相应的用药指导。提供一般生活护理指导、疾病相关的健康教育资料, 以及心理支持。干预周期持续 8 周。

1.3.2 干预组方法

干预组在上述方法的基础上, 实施家庭参与式安宁疗护联合希望理论的整合方案。具体操作如下:

(1) 希望理论导向的心理建构

由安宁疗护专科护士主导, 每周做 1 次个体化有导向性的访谈。干预围绕希望理论的三个要素展开。

①目标设定。护士与患者一起共同确定当前一周中切实可行且个性化的小目标, 譬如“每天在家人的陪伴下在病房走廊行走 5 分钟”等等。

②培养路径思维。与患者一起细致地规划实现目标需要的步骤, 要预先讨论会遇到的障碍, 并且确定好应对策略。将目标变成为可以实操的行动路线图。

③激动力思维。引导患者回顾自己过往生命中克服困难的经历, 并且挖掘他的性格优势, 鼓励患者积极的做自我对话, 巩固其朝向目标努力的自信心与动力。

(2) 家庭参与照护计划

此部分的关键是让家庭照顾者成为“协同的治疗角色”。在干预初期做好完善的家庭评估与赋能。要评估照顾者的负担和需求, 通过工作坊的形式, 提供疲乏症状记录技巧、治疗性沟通技巧及自我关怀策略等等针对性培训。在这个基础上, 定期举行“共同照护会议”。邀请护士、患者及主要家庭照顾者三方参与, 回顾近期目标跟症状情况, 让家庭在照护决策中有实质性话语权, 并调整下一步的计划。在此基础上把干预延伸到“家庭希望感培育”上, 指导家庭成员学习使用有希望的语言来沟通。如回忆往昔家庭生活中的愉快时光, 或是对短期未来家庭活动展望, 从而营造一种积极且有

更多可能性的氛围。

(3) 多维度疲乏管理整合

把非药物疲乏管理措施融入到上述的框架当中。护士与家庭的照顾者一起指导患者做个体的活动安排, 依据其精力情况设计间歇性的体力活动。其关键在于, 这些体力活动不要呈现为独立的任务, 要跟患者的希望目标相绑定。譬如, 将“保存体力”描述为“为周末与家人的聚会储备精力”, 以使疲乏管理本身就有积极意义和情感价值, 提升患者的参与意愿与依从性。

1.4 观察指标

癌因性疲乏: 采用中文版 Piper 疲乏修订量表^[4] (PFS-R) 评估, 包含行为、情感、感觉、认知 4 个维度共 22 个条目, 采用 0~10 分计分, 总分越高表示疲乏越严重。

希望水平: 采用中文版 Herth 希望量表(HHI)评估, 包含对现实与未来的积极态度、采取积极行动、与他人保持亲密关系 3 个维度共 12 个条目, 采用 1~4 分 Likert 4 级计分, 总分 12~48 分, 得分越高希望水平越高。

家庭照顾能力: 采用家庭照顾者照顾力量表^[5] (FCTI) 评估, 包含适应照顾角色、应对照顾需求、获取社会资源、处理个人情绪、调整家庭生活 5 个维度 25 个条目, 采用 0~4 分计分, 总分 0~100 分, 得分越高表示照顾者困难越多、能力越不足。

1.5 统计学方法

使用 SPSS22.0 软件分析, 使用 t 和 “ $\bar{x} \pm s$ ” 表示计量资料, 使用卡方和 % 表示计数资料, $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 患者的基线资料比较

两组患者的年龄、性别等基线资料差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 有可比性, 见表 1。

表 1 两组患者的基线资料对比[n, (%), ($\bar{x} \pm s$)]

组别	对照组	干预组	t/χ^2	P	
例数	60	60	-	-	
年龄 (岁)	62.45 ± 8.37	63.12 ± 7.86	0.452	0.652	
性别	男	34 (56.67)	36 (60.00)	0.136	0.712
	女	26 (43.33)	24 (40.00)	0.136	0.712
病理类型	腺癌	41 (68.33)	38 (63.33)	0.333	0.564
	鳞癌	16 (26.67)	18 (30.00)	0.164	0.685
	其他	3 (5.00)	4 (6.67)	0.152	0.697
PFS-R 总分 (分)	6.58 ± 1.24	6.62 ± 1.31	0.173	0.863	
HHI 总分 (分)	28.35 ± 4.21	27.98 ± 4.56	0.462	0.645	
FCTI 总分 (分)	62.34 ± 9.87	63.15 ± 10.22	0.437	0.663	

表 2 两组患者干预后观察指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	PFS-R 总分	HHI 总分	FCTI 总分
对照组	60	6.02±1.18	30.12±4.05	60.78±9.45
干预组	60	4.23±1.05	36.45±3.89	52.34±8.67
<i>t</i>	-	8.778	8.731	5.098
<i>P</i>	-	0.001	0.001	0.001

2.2 患者干预后观察指标比较

干预后, 干预组 PFS-R 总分显著低于对照组, HHI 得分更高, FCTI 得分更低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

3 讨论

癌因性疲乏是一种与癌症或其治疗相关的主观疲惫感或体力耗尽感。它与日常的普通疲劳不同, 不能通过休息或睡眠来缓解^[6]。其发生机制复杂, 是生理、心理和社会共同作用导致的, 可能由肿瘤本身代谢、放化疗副作用、贫血、疼痛、情绪抑郁、睡眠紊乱以及应对疾病的心理压力等多种原因联合引发。这会严重影响患者的身体功能、情绪和整体生活质量, 是癌症患者最常见且困扰的症状之一。

本研究的结果显示, 接受家庭参与式安宁疗护联合希望理论干预的患者, 在癌因性疲乏的缓解、希望水平的提升上显著优于常规护理组。结果提示, 整合了外部支持与内在心理干预的模式, 可为管理晚期肺癌患者提供更有途径。癌因性疲乏的体验与个体的心理认知和所处环境交织。常规护理能提供基础支持, 但对其背后的心理社会原因干预有限。本干预引入希望理论促使患者成为主动的自我管理者。通过设定并实现个人目标, 患者重获了对生活的掌控感, 这本身能削弱与疲乏相关的无助与绝望情绪, 使得症状体验赋予了更积极的意义^[7]。同时, 家庭参与模式是跟专业的协同照护。通过技能培训跟共同决策, 家庭照顾者提升了照护能力, 还构建了一种以解决问题和面向未来为目标的家庭氛围。这从社会支持层面缓解了症状的恶性循环。值得关注的是, 患者希望感的提升与家庭照顾能力的增强之间, 有相互促进的关系, 这是联合干预产生协同效果的重要机制^[8]。当然, 本研究也存在一定局限性。本研究样本来源相对单一, 干预效果的长期持续性有待验证, 且复合干预中各成分的具体贡献度仍需进一步剖析。

综上所述, 家庭参与式安宁疗护联合希望理论的干预模式, 能够缓解晚期肺癌患者的癌因性疲乏, 提升其希望水平。

参考文献

- [1] 何波, 慕媛, 李红云. 非小细胞肺癌患者发生癌因性疲乏的影响因素[J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2024, 23(09): 698-701.
- [2] 王佳怡, 张倩雯, 钱丽芳, 等. 肿瘤患者癌因性疲乏合并睡眠障碍的干预进展[J]. 当代护士(中旬刊), 2024, 31(09): 32-36.
- [3] 何超华, 梁志敏. 安宁疗护联合希望理论干预在老年肺癌晚期患者中的应用价值[J]. 中国卫生标准管理, 2023, 14(08): 173-176.
- [4] 李贺, 王莉, 陈昆. 围术期疲乏量表评估在结直肠癌患者中的应用价值[J]. 现代诊断与治疗, 2021, 32(05): 764-766.
- [5] 庄冬梅, 胡少华. 癌症病人家庭照顾者照顾能力评估工具的研究进展[J]. 循证护理, 2024, 10(02): 265-267.
- [6] 李朵朵, 黄俊婷, 姚晚侠. 癌因性疲乏病人社会支持与自我管理能力的关系研究[J]. 护理研究, 2020, 34(02): 299-302.
- [7] 魏彧潼. “一核多元”安宁疗护干预策略在肺癌晚期患者中的应用观察[J]. 承德医学院学报, 2022, 39(05): 407-410.
- [8] 丁志娟, 余腾骅, 邵娟. 基于希望理论的干预方案对乳腺癌患者化疗期间心境状态及癌因性疲乏的影响[J]. 中国医学创新, 2024, 21(26): 95-100.

版权声明: ©2026 作者与开放获取期刊研究中心 (OAJRC) 所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS