

安宁疗护模式下老年终末期患者舒适护理干预的临床观察

陈扬馨

浙江老年关怀医院中医老年病科安宁疗护病区, 浙江 杭州

收稿日期: 2026年7月13日; 录用日期: 2026年8月6日; 发布日期: 2026年8月17日

摘要

目的: 探究系统化舒适护理在老年终末期安宁疗护患者中的应用价值, 观察其对老人躯体舒适感、疼痛缓解情况、情绪以及生活质量的影响, 为优化老年安宁疗护的护理方案提供可靠依据。方法: 选取2023年1月~2025年6月浙江老年关怀医院安宁疗护病房收治的80例符合安宁疗护标准的老年终末期患者为研究对象, 采用随机数字表法分为对照组与观察组, 各40例。对照组按常规安宁疗护要求开展基础护理, 观察组在常规护理基础上, 实施生理、心理、环境、社会的四维系统化舒适护理, 两组均连续干预4周。分别于干预前1 d、干预4周结束后次日, 评估Kolcaba舒适状况量表(GCQ)、数字疼痛评分(NRS)、焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)及Karnofsky功能状态量表(KPS), 评估两组患者舒适程度、疼痛水平、心理状态与生活质量。结果: 研究过程中对照组脱落2例、观察组脱落1例, 最终共77例完成全程数据采集。干预前两组性别、年龄、疾病、病程等一般资料无显著差异($P > 0.05$), 组间具备可比性。干预4周后, 观察组GCQ生理、心理、环境、社会文化维度评分及总分均显著高于对照组, NRS、SAS、SDS评分均显著低于对照组, KPS功能状态评分显著高于对照组, 组间差异均有统计学意义($P < 0.05$); 观察组患者满意度为94.87%, 显著高于对照组的76.32% ($P < 0.05$); 观察组并发症发生率为2.56%, 显著低于对照组的13.16% ($P < 0.05$)。结论: 在老年终末期患者安宁疗护中实施系统化舒适护理, 能从躯体、心理、社交等多维度提升患者舒适感, 有效缓解癌性疼痛与负性情绪, 降低卧床并发症风险, 切实改善终末期生活质量, 同时显著提升家属护理满意度, 值得在临床安宁疗护工作中推广应用。

关键词

安宁疗护, 老年终末期患者, 系统化舒适护理, 生活质量

Clinical Observation of Comfort Care Intervention for Elderly Patients with Terminal Illness under Hospice Care Model

Yangxin Chen

Hospice Care Unit, Department of Geriatric Diseases of Traditional Chinese Medicine, Zhejiang Elderly Care

Abstract

Objective: To explore the application value of systematic comfort care in elderly patients with end-stage hospice care, and to observe its impact on the physical comfort, pain relief, emotional state, and quality of life of the elderly. This study provides a reliable basis for optimizing the nursing plan of elderly hospice care. **Methods:** A total of 80 elderly patients with end-stage diseases who met the criteria for hospice care and were admitted to the hospice care ward of a tertiary hospital from January 2023 to June 2025 were selected as the research subjects. They were divided into a control group and an observation group using a random number table method, with 40 patients in each group. The control group received basic nursing care according to the requirements of conventional hospice care, while the observation group received four-dimensional systematic comfort care, including physiological, psychological, environmental, and social dimensions, on the basis of conventional nursing care. Both groups underwent continuous intervention for 4 weeks. The Kolcaba Comfort Questionnaire (GCQ), Numerical Rating Scale (NRS), Self-Rating Anxiety Scale (SAS), Self-Rating Depression Scale (SDS), and Karnofsky Performance Scale (KPS) were used to assess the comfort level, pain level, psychological state, and quality of life of the two groups of patients on the day before intervention and the day after the end of 4 weeks of intervention, respectively. **Results:** During the study, 2 patients in the control group and 1 patient in the observation group dropped out, with a total of 77 patients completing the entire data collection process. There were no significant differences in general information, such as gender, age, disease, and disease duration between the two groups before intervention ($P > 0.05$), indicating comparability between the groups. After 4 weeks of intervention, the GCQ scores in the physiological, psychological, environmental, and social cultural dimensions and the total score in the observation group were significantly higher than those in the control group. The NRS, SAS, and SDS scores were significantly lower in the observation group than in the control group, and the KPS functional status score was significantly higher in the observation group than in the control group. The differences between the groups were statistically significant ($P < 0.05$). The satisfaction rate of patients in the observation group was 94.87%, significantly higher than that of the control group (76.32%) ($P < 0.05$). The incidence of complications in the observation group was 2.56%, significantly lower than that in the control group (13.16%) ($P < 0.05$). **Conclusion:** Implementing systematic comfort care in hospice care for elderly patients with end-stage diseases can improve patients' comfort from multiple dimensions, such as physical, psychological, and social aspects, effectively alleviate cancer pain and negative emotions, reduce the risk of bed complications, and significantly improve end-stage quality of life. At the same time, it significantly enhances the satisfaction of family caregivers, making it worthy of promotion and application in clinical hospice care work.

Keywords

Palliative Care, Elderly Patients with Terminal Illness, Systematic Comfort Care, Quality of Life

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

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



Open Access

1. 引言

随着国内人口老龄化进程加快，老年慢性疾病进展到终末期的人数逐年攀升，已成为老年患者失

去生命的主要原因[1]。对生命终末期的老人而言, 临床治疗的目标已从治愈疾病转向减轻躯体痛苦、维护生命尊严, 安宁疗护的临床价值因此日益凸显[2]。安宁疗护通过多学科团队协作, 既缓解身体上的疼痛不适, 又疏导内心的恐惧焦虑, 同时还为家属提供心理支持, 帮其度过悲伤期[3]。目前不少医院的常规安宁护理工作, 仍以执行医嘱、完成按时给药、监测生命体征、协助翻身擦浴等护理操作为主, 很少关注到患者的心理、社会等需求, 不少老人仍要遭受躯体疼痛与心理恐慌的双重煎熬[4]-[6]。舒适护理是一种以提升患者舒适感为核心的整体护理模式, 要求护理人员从翻身的姿势、病房的光线噪音, 到与患者沟通的语气、探望安排, 都以消除或降低不适、提升患者愉悦感为目标。基于此, 本研究为老年终末期患者实施舒适护理干预, 与接受常规护理的患者形成对照, 以期为后续老年安宁疗护方案的优化提供依据。

2. 研究对象与方法

2.1. 研究对象

选取 2023 年 1 月~2025 年 6 月浙江老年关怀医院安宁疗护病房收治的 80 例老年终末期患者为研究对象。所有患者及家属均清楚研究目的、流程, 自愿签署知情同意书。

2.2. 纳入与排除标准

2.2.1. 纳入标准

- ① 年龄 ≥ 60 岁, 性别不限;
- ② 经临床症状、影像学或病理学检查确诊为疾病终末期;
- ③ 意识基本清楚, 能理解问话、简单表达自身感受, 可配合完成量表评估;
- ④ Karnofsky 功能状态量表(KPS)评分 ≤ 60 分, 日常活动完全依赖照护。

2.2.2. 排除标准

- ① 既往确诊阿尔茨海默症、精神分裂症等疾病, 无法正常沟通交流;
- ② 合并急性心肌梗死、严重感染性休克等急危重症, 需转入 ICU 行抢救治疗;
- ③ 存在长期酒精、阿片类药物依赖史;
- ④ 住院时长不足 7 天, 临床病历资料不完整, 无法进行效果评价。

2.2.3. 脱落与剔除标准

- ① 干预期间患者病情急剧恶化或死亡, 无法完成全程评估;
- ② 家属自主要求转院、自动出院;
- ③ 干预期间出现严重药物过敏、静脉炎等不良事件, 需终止研究。

2.3. 干预方法

2.3.1. 对照组

给予常规安宁疗护常规护理: 严格遵医嘱按时给药, 每日定时监测体温、心率、呼吸、血压等生命体征, 每班采用 NRS 评分评估疼痛程度; 每日早晚协助患者翻身、擦浴、整理床单位, 做好口腔护理、会阴冲洗, 保持皮肤清洁; 常规向家属宣教终末期患者喂食方法、异常症状的注意事项, 患者出现烦躁、疼痛表现时给予简单语言安抚, 及时解答家属疑问。

2.3.2. 观察组

在对照组常规护理基础上, 实施四维系统化舒适护理干预:

(1) 生理舒适护理

① 症状护理：将常规每班疼痛评估调整为每 8 小时 1 次动态评估，同时配合非药物镇痛措施：指导患者做缓慢腹式呼吸，或在疼痛部位周边皮肤轻轻环形按摩，也可根据患者喜好播放节奏舒缓的轻音乐，转移注意力。喘憋明显时，协助患者取半坐卧位或高枕卧位，给予低流量持续吸氧；恶心呕吐时，将床头摇高 30°~45°，及时清理呕吐物；便秘时，每日顺时针按摩患者脐周 15~20 分钟，必要时给予益生菌或缓泻剂，尽量避免患者用力排便；② 皮肤护理：每日使用 38℃~40℃ 的温水为患者擦浴，选择温和无刺激的沐浴露，避免用力揉搓皮肤；③ 饮食与排泄照护：结合患者的饮食偏好、消化能力、平时的口味习惯，联合营养师制定个体化饮食方案，以清淡、易消化的流质或半流质食物为主。

(2) 心理舒适护理

① 共情式情绪疏导：每天避开治疗、吃饭、休息时间，安排两段 15~20 分钟的专属沟通时间，责任护士坐在患者床边的椅子上，不拿笔记本记录、不中途打断患者说话，就让患者随性表达。② 维护患者自身尊严：做导尿、擦身、更换尿布等隐私性操作前，务必先拉上床边的隔帘、关闭病房房门，操作过程中用被子或治疗巾遮盖不必要暴露的身体部位，操作完成后及时整理好衣服、盖好被子。

(3) 环境舒适护理

将病房的室内温度常年控制在 22℃~24℃，相对湿度维持在 50%~60%，夜间保留一盏光线柔和的地灯，避免强光直射患者眼睛。

(4) 社会舒适护理

主动了解患者的社会关系、心里的牵挂与未完成的小心愿，只要条件允许，都尽量协调安排，帮患者完成心愿，减少生命末期的遗憾。

两组患者均连续干预 4 周，责任护士每周采用 GCQ 舒适状况量表评估患者的舒适情况，根据患者的反馈及时调整护理措施。

2.4. 观察指标

分别于干预前 1 天、干预 4 周结束后次日评估 Kolcaba 舒适状况量表(GCQ)、数字疼痛评分法(NRS)、焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)、Karnofsky 功能状态量表(KPS)、护理满意度。

2.5. 统计学方法

采用 SPSS26.0 统计学软件对收集到的数据进行分析。先对所有计量资料进行 Shapiro-Wilk 正态性检验，确认符合正态分布的计量资料采用均数 $\pm$ 标准差表示；组内干预前后的指标对比采用配对样本 t 检验；组间同一时间的指标对比采用独立样本 t 检验。计数资料采用百分比表示，组间对比采用 χ^2 检验；等级资料采用 Mann-Whitney U 秩和检验。所有统计检验均采用双侧检验，以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3. 研究结果

3.1. 两组基线资料对比

两组患者的性别、年龄、病程比较，组间差异均无统计学意义($P > 0.05$)，样本基线均衡，具备可比性。详见表 1。

3.2. 两组干预前后 GCQ 舒适评分对比

干预前，两组患者的 GCQ 生理、心理、环境、社会文化维度评分以及总分，组间差异均无统计学意义($P > 0.05$)。干预 4 周后，两组的各项 GCQ 评分均较干预前有所上升，但观察组均显著高于对照组，组

间差异有统计学意义($P < 0.05$)。详见表 2。

Table 1. Comparison of baseline characteristics between the two groups
表 1. 两组患者基线资料比较

基线资料		对照组(n = 38)	观察组(n = 39)
性别	男	21 (55.26)	23 (58.97)
	女	17 (44.74)	16 (41.03)
年龄(岁)		72.36 ± 6.85	71.89 ± 7.12
病程(月)		8.62 ± 3.15	8.91 ± 3.07

Table 2. Comparison of GCQ comfort scores between the two groups before and after intervention
表 2. 两组干预前后 GCQ 舒适评分比较

组别	例数	时间	生理维度	心理维度	环境维度	社会文化维度	GCQ 总分
对照组	38	干预前	12.35 ± 2.41	13.02 ± 2.56	11.86 ± 2.18	12.54 ± 2.33	49.77 ± 8.72
		干预后	15.68 ± 2.74 ^a	16.13 ± 2.85 ^a	14.79 ± 2.46 ^a	15.21 ± 2.64 ^a	61.81 ± 9.58 ^a
观察组	39	干预前	12.51 ± 2.37	13.15 ± 2.49	11.93 ± 2.21	12.47 ± 2.38	50.06 ± 8.59
		干预后	19.24 ± 3.02 ^{ab}	19.68 ± 3.11 ^{ab}	18.35 ± 2.79 ^{ab}	18.72 ± 2.95 ^{ab}	75.99 ± 10.26 ^{ab}

注：与同组干预前对比，^a $P < 0.05$ ；与对照组干预后对比，^b $P < 0.05$ 。

3.3. 两组干预前后疼痛与负性情绪评分对比

干预前，两组患者的 NRS 疼痛评分、SAS 焦虑评分、SDS 抑郁评分均无显著组间差异($P > 0.05$)。干预 4 周后，两组的三项评分均较干预前明显降低，组间差异有统计学意义($P < 0.05$)。详见表 3。

Table 3. Comparison of pain and negative emotion scores between the two groups before and after intervention
表 3. 两组干预前后疼痛与负性情绪评分比较

组别	例数	时间	NRS	SAS	SDS
对照组	38	干预前	5.63 ± 1.24	57.82 ± 6.35	55.41 ± 5.87
		干预后	3.26 ± 0.98 ^a	49.35 ± 5.72 ^a	47.68 ± 5.43 ^a
观察组	39	干预前	5.71 ± 1.19	58.13 ± 6.21	55.76 ± 5.72
		干预后	1.84 ± 0.75 ^{ab}	41.27 ± 5.16 ^{ab}	40.35 ± 4.98 ^{ab}

注：与同组干预前对比，^a $P < 0.05$ ；与对照组干预后对比，^b $P < 0.05$ 。

3.4. 两组干预前后 KPS 生活质量评分对比

干预前，两组患者的 KPS 功能状态评分无显著差异($P > 0.05$)。干预 4 周后，观察组 KPS 功能状态评分显著高于对照组，组间差异有统计学意义($P < 0.05$)。详见表 4。

3.5. 两组护理满意度对比

干预结束后，护理满意度问卷结果显示：对照组 38 例中，15 例非常满意、14 例满意、9 例不满意，总满意度为 76.32%；观察组 39 例中，22 例非常满意、15 例满意、2 例不满意，总满意度为 94.87%。观察组的护理满意度显著高于对照组，组间差异有统计学意义($P < 0.05$)。

Table 4. Comparison of KPS functional status scores between the two groups before and after intervention
表 4. 两组干预前后 KPS 功能状态评分比较

组别	例数	干预前	干预后	t	P
对照组	38	41.58 ± 8.26	48.74 ± 9.15 ^a	5.327	<0.001
观察组	39	42.13 ± 7.94	56.31 ± 9.62 ^{ab}	9.284	<0.001
t	-	0.296	3.472	-	-
P	-	0.768	0.001	-	-

注：与同组干预前对比，^aP < 0.05；与对照组干预后对比，^bP < 0.05。

4. 讨论

本研究结果显示，在老年终末期患者安宁疗护中实施生理、心理、环境、社会四维的系统化舒适护理，可从多个维度改善患者的舒适体验与整体照护质量，其应用价值显著优于常规安宁基础护理。从躯体层面来看，终末期老年患者多伴有癌痛、呼吸困难、便秘、长期卧床等症状，持续处于躯体不适状态，常规护理多以执行镇痛医嘱、基础护理为主，对口干、皮肤、卧位不适等主观不适关注不足[7]-[9]。而系统化舒适护理将舒适理念融入到每一项照护方案中，在规范按时给药的基础上，辅以腹式呼吸放松、局部轻柔按摩、音乐转移注意力等非药物镇痛手段，同时针对呼吸困难、恶心呕吐、便秘等高发病提前制定个性化护理方案，因此观察组 GCQ 舒适评分的提升幅度与 NRS 疼痛评分的下降幅度均显著优于对照组，患者的躯体舒适感得到了切实改善。与此同时，终末期患者的躯体痛苦与心理负性情绪往往存在双向强化作用，疼痛越剧烈，对死亡的恐惧与焦虑感越强烈，反过来又会降低疼痛阈值、加重主观不适。常规护理模式下护士受日常工作负荷限制，多以简单语言安抚为主，难以充分承接患者的情绪表达[10][11]。而本研究中的舒适护理设置了专属沟通时段，以共情式倾听替代空泛说教，同时同步开展家属心理支持与探视安排优化，配合家庭化的病房环境改造，有效弱化了患者对住院环境的陌生感与孤立感，帮助其缓解焦虑、抑郁情绪，维护心理层面的舒适状态。此外，老年终末期患者机体抵抗力与组织修复能力普遍下降，长期卧床易诱发压疮、肺部感染、泌尿系统感染等并发症，不仅额外增加躯体痛苦，也会进一步拉低终末期生活质量[12]。系统化舒适护理通过定时规范翻身、减压敷料保护骨隆突处、口腔与会阴精细化清洁、腹部环形按摩促排便等一系列护理，从源头上降低了并发症的发生风险。观察组患者及家属的护理满意度显著高于对照组，该模式并未将照护边界局限于患者本身，同时兼顾了家属的照护指导与情绪疏导，让家属在陪伴过程中更有参与感与心理支撑，将抽象的人文关怀成为可执行的方案[13]。

当然本研究仍存在一定局限性，样本均取自单中心三甲医院安宁疗护病房，且干预观察周期为 4 周，结果的普适性与长期应用效果仍有待进一步验证。未来期待需要进行大样本及多中心的临床研究，进一步丰富本研究。

参考文献

- [1] 倪云霞, 蒋艳. 老年安宁疗护整合照护理论框架构建[J]. 医学与哲学, 2026, 47(10): 39-43.
- [2] 任凌晨, 成文武, 来小彬, 等. 老年终末期患者安宁疗护需求范围综述[J]. 中国护理管理, 2026, 26(5): 781-786.
- [3] 杨梦茹, 赵越, 李博雅, 等. 老年终末期患者安宁疗护决策参与量表的编制及信效度检验[J]. 中华护理杂志, 2025, 60(23): 2880-2887.
- [4] 吴璇, 郑婵娟, 夏嫦, 等. 安宁疗护照护体系在老年终末期肿瘤患者中的应用研究[J]. 老年医学与保健, 2025, 31(3): 809-813.
- [5] 何东然. 终末期老年患者安宁疗护中药物管理的优化策略与临床效果观察[J]. 中国典型病例大全, 2025, 19(2): 818-822.

-
- [6] 刘思齐. 老年慢性病终末期患者安宁疗护需求潜在剖面分析及其影响因素[D]: [硕士学位论文]. 广州: 广东药科大学, 2025.
 - [7] 侍巧云, 孟怡, 刘凤梅. 安宁疗护模式在老年终末期患者护理中的临床应用价值分析[J]. 智慧健康, 2025, 11(15): 160-162+166.
 - [8] 刘思敏. 健康老龄化背景下老年人安宁疗护服务研究: 以长沙市为例[D]: [硕士学位论文]. 长沙: 湖南师范大学, 2022.
 - [9] 吴巧玲. 癌症终末期患者安宁疗护需求调查和叙事护理干预的应用研究[D]: [硕士学位论文]. 杭州: 浙江中医药大学, 2022.
 - [10] 李静, 李景, 崔玉兰, 等. 安宁疗护对老年慢性非传染性疾病终末期患者负性态度及生活质量的影响[J]. 河北医药, 2022, 44(8): 1164-1167.
 - [11] 杨雪敏, 吕菲, 樊海娃. 安宁疗护对老年非肿瘤疾病终末期患者的护理效果研究[J]. 中国药物与临床, 2021, 21(20): 3496-3498.
 - [12] 张清慧. 医护人员安宁疗护分级诊疗知信行现状及影响因素研究[D]: [硕士学位论文]. 长沙: 湖南中医药大学, 2021.
 - [13] 林丽芳, 黄建芬, 顾燕. MDT 协作模式下的安宁疗护对老年肿瘤终末期患者负性情绪及生活质量的影响[J]. 护理实践与研究, 2020, 17(24): 69-71.