

心理护理对晚期癌症患者生活质量的影响

张海燕, 刘万花, 吴少龄

(海南兴隆红十字医院, 海南 万宁 571533)

【关键词】 晚期癌症; 心理护理; 生活质量

【中图分类号】 R730.231*5 【文献标识码】 B 【文章编号】 1003-6350(2013)18-2798-02

晚期癌症损害了患者的机体功能, 同时也会引起因机体功能障碍而引发的情感及角色功能的丧失, 因此晚期癌症对患者生活质量影响比较大。生活质量包含了两方面的健康状态, 一方面是患者功能水平以及疾病和治疗相关症状控制的满意度, 另一方面是具有健康地从事日常活动的能力^[1]。由于身处病患角色, 患者躯体功能障碍导致社交能力下降, 使得生活质量明显降低, 癌症治疗包括手术、放疗、化疗及生物治疗, 但仅仅如此难于满足患者的治疗需求。临床实践证明心理护理也是肿瘤治疗中的一部分, 因此, 我们运用情志护理对晚期癌症患者进行心理护理, 效果显著。

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机选取 2012 年 2 月至 2013 年 2 月入住我院内科, 经病理确诊肺癌或乳腺癌 III 期及 IV 期, 并进行化疗的住院患者 60 例, 其中肺癌 28 例, 男性 20 例, 女性 8 例; 乳腺癌 32 例, 均为女性。年龄平均(60.1±8.6)岁; 文化程度: 高中及以下 36 例(60%), 大专及以上 24 例(40%); 一般状况评分卡氏(79.0±10.6)分。

1.2 心理护理内容与方法 中医情志护理中有“喜胜忧”之理念, 是指用以情胜情之法, 通过喜来抑制患者的抑郁情绪, 使之心中充满喜悦, 从而达到克服抑郁、忧伤情绪的目的。在治疗过程中, 我们护理人员与患者多交流, 同时也鼓励同病房及疾病相同的患者之间多交流。在整个治疗中, 我们会依据每个患者的文化程度、性格特点、爱好的不同来帮助患者选择合适的乐曲、电视节目或歌舞表演、相声小品, 在每次治疗完毕后为患者播放, 每天两次, 每次半小时。在患者病情允许的情况下每天指导其静坐, 每次半小时, 同时护士陪伴在床边, 用富有治疗性的语言引导患者想象, 想象自己置身于一个放松愉悦的环境中, 同时做着自己喜欢的事,

以缓解患者的负性情绪。在病情允许的情况下鼓励患者进行适当的自己喜欢的有氧运动, 如散步、游泳等, 以转移其注意力, 减轻其心理压力。建立病友抗癌协会及社会支持系统, 医护患之间交流成功经验及抗癌知识, 使患者能够正视现实, 增强回归家庭和社会的信心。

1.3 评价方法 对患者治疗前后进行两次生活质量问卷调查: 调查的内容采用 1990 年 EORTC 发布的 QLQ-C30 生活质量量表。该量表适用于各种癌症患者, 同时信效度较好, 各维度克伦巴赫系数为 0.728~0.896, 重测信度为 0.731~0.867, 能较准确地评价癌症患者的生活质量^[2]。该量表包含 5 个功能, 30 个条目^[3-4], 其中整体健康状况领域分为 7 个等级, 计为 1~7 分, 其中 1 分为很差, 7 分为很好; 其他条目分为 4 个等级, 计为 1~4 分, 其中 1 分没有, 2 分有一些, 3 分较多, 4 分非常多。按照既定公式计算出各领域粗分和标准化得分(以 100 分计), 功能领域和整体健康状况得分越高表明功能或健康状况越好, 生活质量越高; 症状领域得分越高表明症状和问题较严重, 患者生活质量越差。

1.4 统计学方法 应用 SPSS17.0 软件对资料进行统计描述及分析, 用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)对资料进行统计学描述, 统计方法采用配对 *t* 检验, 双侧检验, 检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

治疗后患者角色、情绪及认知功能有较明显的提高, 差异有统计学意义($P<0.05$), 症状领域中疲乏、失眠、食欲减退 3 个方面较治疗前明显降低, 差异有统计学意义($P<0.05$), 见表 1。功能领域中的躯体及社会功能治疗前后无明显改变, 症状领域中的恶心呕吐、疼痛、呼吸困难、便秘、腹泻、经济影响及整体健康状况亦无明显改变, 差异无统计学意义($P>0.05$)。

表1 60例晚期癌症患者心理护理前后QOL-C30得分比较($\bar{x}\pm s$)

| 项目 | 时间 | | t值 | P值 |
|--------------|------------|------------|-------|-------|
| | 干预前 | 干预后 | | |
| 功能领域总分 | 59.62±5.78 | 66.81±8.12 | 5.38 | <0.05 |
| 躯体功能 | 56.64±3.83 | 64.34±4.12 | 17.45 | <0.05 |
| 角色功能 | 52.48±5.42 | 63.24±5.59 | 9.24 | <0.05 |
| 情绪功能 | 50.82±4.87 | 65.87±4.68 | 13.43 | <0.05 |
| 认知功能 | 52.66±5.64 | 68.64±5.80 | 20.59 | <0.05 |
| 社会功能 | 48.60±4.28 | 52.28±7.98 | 8.69 | >0.05 |
| 症状领域总分 | 53.46±4.86 | 59.77±4.08 | 6.42 | <0.05 |
| 疲乏 | 66.78±3.46 | 55.20±3.91 | 16.61 | <0.05 |
| 恶心呕吐 | 51.83±3.96 | 53.45±4.57 | 0.53 | >0.05 |
| 疼痛 | 50.19±3.67 | 52.22±4.78 | 0.38 | >0.05 |
| 呼吸困难 | 52.71±3.89 | 54.85±4.24 | 0.71 | >0.05 |
| 失眠 | 64.32±4.82 | 52.46±3.73 | 19.75 | <0.05 |
| 食欲减退 | 62.27±4.57 | 51.23±4.54 | 21.79 | <0.05 |
| 便秘 | 58.12±3.24 | 59.47±4.19 | 0.58 | >0.05 |
| 腹泻 | 47.39±5.01 | 49.15±4.50 | 0.84 | >0.05 |
| 经济影响 | 66.46±4.48 | 67.39±3.77 | 0.44 | >0.05 |
| 整体健康状况(生活质量) | 58.56±4.69 | 68.78±5.19 | 18.12 | <0.05 |

3 讨论

3.1 心理护理对晚期癌症患者的认知和情绪功能有明显改善作用 目前人们对癌症的认识有些偏颇,将癌症与死亡划等号,由此癌症患者会出现诸如焦虑、抑郁等负性情绪。抑郁不仅影响患者的免疫和躯体功能,同时也严重影响患者的认知功能^[5]。本研究采用中医“喜胜忧”之理念,用喜悦充盈内心,使患者对疾病过度的注意力转移,原本对于疾病的过分担忧转移部分注意力到轻松愉快的事情。使得患者精神状态处于一种轻松愉悦的环境中,焦虑和抑郁等负性情绪减轻,认知功能明显改善。与患者多交流,鼓励同病房及疾病相同的患者之间多交流,根据患者的心理特点帮助其选择有针对性治疗作用的乐曲;指导患者静坐,用治疗性语言来引导患者放松,使得患者气机调畅,气血流行,脏腑安和,情绪稳定,认知功能也提高。结果显示,通过心理护理,治疗结束后患者在认知和情绪功能方面,得分较治疗前高,差异有统计学意义($P<0.05$)。同时因建立了病友抗癌协会和交流会,为患者发泄不良情绪提供了机会和场所,普及了心理学及疾病康复知识,医护患之间交流成功经验及抗癌知识,使患者能够正视现实,增强回归家庭和社会的信心,从而改善了晚期癌症患者的认知和情绪功能。

3.2 心理护理提高患者的躯体功能,改善疲乏等症状 有^[6]报道称,72%的癌症患者有疲乏的经历,28%的患者每天都在经历着疲乏^[6]。本研究伴随着舒缓优美的音乐,指导患者静坐冥想的方法,调节大脑

神经,同时能提高人体的免疫力,使机体对内外环境刺激的调节能力增强。在病情允许的情况下鼓励患者进行适当的自己喜欢的有氧运动,如散步、游泳等,有利于促进他们疲乏身体的新陈代谢,增加各器官血流,提高各器官功能,患者的疲乏症状有所缓解,同时也提高了患者的躯体功能,本研究结果显示,患者治疗结束后疲乏、失眠、食欲减退症状得分低于治疗前,两组间差异存在统计学意义($P<0.05$)。

3.3 心理护理是晚期癌症患者整体护理的一部分 患恶性肿瘤的患者容易患身心疾病,而身心疾病的治疗和转归与心理社会因素更加密切,患者的情绪状态和心理变化直接影响着疾病的治疗效果和康复程度。当健康的个体被诊断为癌症时,患者往往难以适应,会出现一些心理问题,心理遭受严重危机,从而导致严重的心理应激反应和情绪反应^[7]。由于现在临床重治疗轻护理,医护人员对心理问题认识不足,对已发生的心理障碍缺乏预见性和主动性,较少提供及时、必要的心理支持和帮助。随着生物-心理-社会医学模式的出现和发展,要求护理人员为患者提供整体护理,而心理护理则是整体护理的一部分,心理护理作为一种护理方法,能帮助患者创造有利于治疗和康复的最佳心理状态,心理护理不但有利于患者康复,还能贯穿于对患者实施的整体护理中,提高护理效果,同时也有利于提高临床治疗效果,使患者早日康复。因此这要求癌症专科护士要掌握一些必要的医学心理学知识,为患者做好心理护理及健康教育,既能提高患者的治疗效果和生活质量,同时也能促进整体护理和癌症专科护理的发展。

参考文献

- [1] 张晶. 食管癌患者生命质量状况与应对方式的相关性分析[J]. 中国误诊学杂志, 2010, 10(15): 3613.
- [2] 谭诗生, 李杭, 罗健, 等. 欧洲癌症研究与治疗组研制的生活质量核心调查问卷3版中文版生活质量调查问卷测评[J]. 中国临床康复, 2006, 10(4): 23-27.
- [3] 袁玲, 郭苗苗, 许萍, 等. 胃肠肿瘤术后化疗患者的营养状况及对化疗不良反应的影响[J]. 中华护理杂志, 2011, 46(1): 75-77.
- [4] Sigfridardotir V, Bolund C, Brandberg Y, et al. The impact of generalized malignant melanoma on quality of life evaluated by the EORTC questionnaire technique [J]. Qual Life Res, 1993, 2(3): 193-203.
- [5] 宋江艳, 王维利, 李惠萍. 治疗性沟通系统对肿瘤术后化疗伴抑郁情绪患者的效果研究[J]. 中华护理杂志, 2010, 45(11): 982-985.
- [6] 李亚玲, 王耕, 王明华, 等. 乳腺癌患者癌因性疲乏的系统化护理干预[J]. 中华护理杂志, 2005, 40(5): 335-338.
- [7] 周金波, 王德斌, 李惠萍, 等. 恶性肿瘤患者诊疗过程心理体验及应对方式的质性研究[J]. 护理学杂志, 2011, 26(3): 6-8.

(收稿日期: 2013-06-20)