

能恢复的影响因素 [J]. 中国老年学杂志, 2014, 34 (12):

3353-3355.

幸福疗法联合心理护理在肺癌患者术前的应用效果

福建医科大学附属第一医院胸外科 (福州 350005) 陈玉鹃 陈梅贞 张玉惠

作为发病率、死亡率常年稳居首位的恶性肿瘤类型, 肺癌患者预后通常较差, 生理痛苦与心理负担较大。目前根治性手术仍是临床最有效的肺癌治疗方法, 但其风险相对较高, 患者面临手术时心理状态往往欠佳, 极易出现焦躁、消沉、畏惧等情绪, 这对手术顺利施行乃至术后恢复情况造成一定负面影响^[1]。心理护理是临床护理的基本内涵, 通过提供心理支持与情绪疏导, 能有效优化患者围术期心理状态, 然而在高风险的根治术与肺癌双重应激之下, 干预效果往往受到一定限制。幸福疗法则是帮助患者自发搜索记忆中的幸福片段, 并对其干扰源进行主动探寻与修正, 可借助提升幸福感维持良好心态。基于此, 本研究通过采用幸福疗法联合心理护理方案, 探究其在肺癌患者术前心理状态优化中的应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 选取 2016 年 1 月至 2017 年 12 月于我院行肺癌根治术的 106 例患者为受试对象, 按照随机数字表分为观察组与对照组各 53 例。纳入标准: 1) 符合肺癌相关诊断标准且具备手术治疗指征者^[2]; 2) 年龄 ≤ 80 岁者; 3) 首次接受手术治疗者; 4) 经医院伦理委员会批准, 并自愿签署知情同意书者。排除标准: 1) 存在其他重要器官功能异常或麻醉或手术相关禁忌证者; 2) 存在交流、意识障碍或无法配合干预及治疗者; 3) 既往有心胸外科手术史者; 4) 入院前已确诊精神障碍疾病或近期生活中出现重大变故者; 5) 恶性肿瘤远处转移或合并其他部位肿瘤病变者。其中观察组患者男 31 例, 女 22 例; 年龄 55~79 岁, 平均 (67.30 ± 8.49) 岁; 临床分期为 I 期 17 例, II 期 25 例, III A 期 11 例; 拟定术式肺叶切除术 29 例, 楔形切除术 11 例, 肺段切除术 8 例, 支气管袖式切除术 5 例; 文化程度初中及以下 14 例, 高中或中专 26 例, 大专及以上 13 例。对照组患者男 29 例, 女 24 例; 年龄 56~80 岁, 平均 (67.44 ± 8.51) 岁; 临床分期为 I 期 19 例, II 期 24 例, III A 期 10 例; 拟定术式肺叶切除术 26 例, 楔形切除术 12 例, 肺段切除术 9 例, 支气管袖式切除术 6 例; 文化程度初中及以下 15 例, 高中或中专 23 例, 大专及以上 15 例。两组患者一般临床资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法: 所有患者均实施胸外科常规护理干预, 主要包括术前检查引导、健康宣教、生命体征观察、术前准备等, 避免同期入院且分属两组的患者共处于同一间病房; 此外应予以充分心理护理, 首先从优化病房环境开始, 营造和谐、温馨的入住氛围; 其次需建立和谐的护患关系, 通过与患者沟通了解其内心的顾虑与疑惑, 结合宣教内容获取信任, 必要时可联系参观手术室及监护病房环境, 以期积极面对、

配合手术; 随后还需将人性化关怀融入常规护理方案中, 借助多种方式转移其注意力, 加强病房巡视工作, 优化家属陪伴, 令患者感受到无微不至的关心。观察组患者在上述基础上采取幸福疗法进行干预, 具体干预措施: 1) 评估幸福片段: 协助患者描述感觉幸福的生活片段, 根据其详尽程度、情景契合度及幸福感筛选出有助于后续干预步骤的片段; 2) 提取阻碍幸福片段出现的想法: 与患者一同思考阻碍幸福片段出现的负面想法, 尽量追根溯源寻到患者消极观念的最终证据; 3) 探寻幸福感降低原因并提供解决办法: 记录上述负面想法, 引导患者探索这些想法如何影响到幸福感, 围绕环境、个性、生活、社会等因素提出建设性意见, 从根源处改变不合理认知, 以重塑幸福感。

1.3 评估标准:

1.3.1 心理状态评估: 采用汉密尔顿抑郁评分量表 (HAMD)、汉密尔顿焦虑评分量表 (HAMA) 分别通过 17 项抑郁相关条目及 14 项焦虑相关条目进行评价, 前者每项计 0~4 分或 0~2 分, 满分为 52 分, 后者每项计 0~4 分, 满分为 56 分, 分数越高则说明心理状态越差。

1.3.2 心理韧性评估: 根据 Connor-Davidson 心理弹性量表 (CD-RISC), 通过对能力 (8 条目)、忍受消极 (7 条目)、接受变化 (5 条目)、控制 (3 条目)、精神影响 (2 条目) 5 个维度共 25 项条目进行评价, 每项条目计 0~4 分, 满分为 100 分, 分数越高则说明心理韧性越强。

1.3.3 主观幸福感评估: 参考总体幸福感量表 (GWB), 分别从对健康的担心、精力、对生活的满足、心境、情感与行为控制以及心理紧张度等方面共 18 个条目进行评价, 每个条目计 1~6 分或 1~10 分, 满分为 120 分, 分数越高则说明主观幸福感越强。

1.3.4 自我效能感评估: 应用一般自我效能感量表 (GSES), 填写 10 条关于对自身能力的描述, 从完全不符到完全符合评为 1~4 分, 满分为 40 分, 分数越高则说明自我效能感越强。

1.3.5 应对模式评估: 参照医学应对问卷 (MCMQ), 分别从面对 (8 条目)、屈服 (5 条目) 及回避 (7 条目) 3 个维度共 20 项条目进行评价, 每项条目计 1~4 分, 满分为 80 分, 分数越高则说明应对模式越积极。

1.4 观察指标: 比较干预前及干预 2 周后两组患者心理状态 (HAMD、HAMA)、心理韧性 (CD-RISC)、主观幸福感 (GWB)、自我效能感 (GSES)、应对模式 (MCMQ) 变化。

1.5 统计学方法: 采用统计学软件 SPSS 19.0 分析数据。计数资料以百分率表示, 采用 χ^2 检验; 计量资料以均数 \pm

标准差表示, 采用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 心理状态比较: 干预 2 周后, 两组患者 HAMD、HAMA 评分均较干预前有显著下降, 且观察组明显低于同期对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$, 表 1)。

2.2 心理韧性比较: 干预 2 周后, 两组患者 CD-RISC 各项评分及总分均较干预前有显著提升, 且观察组明显高于同期对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$, 表 2)。

表 1 两组患者干预前后 HAMD、HAMA 评分结果比较 (n=53, 分, $\bar{x} \pm s$)

组别	HAMD		HAMA	
	干预前	干预 2 周后	干预前	干预 2 周后
观察组	13.24±4.07	7.18±2.46	14.53±3.88	7.95±2.23
对照组	13.69±4.11	8.86±2.91	14.92±3.93	9.17±2.60
t 值	0.566	3.010	0.514	2.544
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

表 2 两组患者干预前后 CD-RISC 评分结果比较 (n=53, 分, $\bar{x} \pm s$)

组别	能力		忍受消极		接受变化	
	干预前	干预 2 周后	干预前	干预 2 周后	干预前	干预 2 周后
观察组	14.83±4.17	23.61±6.70	8.41±2.25	17.28±5.39	8.11±2.09	14.37±4.49
对照组	15.36±4.23	20.25±6.94	8.72±2.31	14.90±5.06	8.03±2.14	12.45±4.27
t 值	0.641	2.536	0.700	2.344	0.195	2.256
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

组别	控制		精神影响		CD-RISC 总分	
	干预前	干预 2 周后	干预前	干预 2 周后	干预前	干预 2 周后
观察组	5.19±1.43	8.54±2.08	2.57±0.72	5.61±1.94	39.11±5.42	69.41±10.11
对照组	5.30±1.52	7.67±1.60	2.42±0.66	4.87±1.31	39.83±5.53	60.14±9.81
t 值	0.384	2.248	1.118	2.301	0.677	4.791
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 总体幸福感及自我效能感比较: 干预 2 周后, 两组患者 GWB、GSES 评分均较干预前有显著提升, 且观察组明显高于同期对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$, 表 3)。

2.4 应对模式比较: 干预 2 周后, 两组患者 MCMQ 各项评分及总分均较干预前有显著提升, 且观察组明显高于同期对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 3 两组患者干预前后 GWB、GSES 评分结果比较 (n=53, 分, $\bar{x} \pm s$)

组别	GWB		GSES	
	干预前	干预 2 周后	干预前	干预 2 周后
观察组	37.81±11.46	70.19±18.33	14.62±3.19	25.23±6.71
对照组	38.52±11.58	61.37±17.41	14.77±3.23	21.20±6.13
t 值	0.317	2.540	0.241	3.228
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

表 4 两组患者干预前后 MCMQ 评分结果比较 (n=53, 分, $\bar{x} \pm s$)

组别	面对		屈服		回避		MCMQ 总分	
	干预前	干预 2 周后	干预前	干预 2 周后	干预前	干预 2 周后	干预前	干预 2 周后
观察组	13.86±4.19	23.62±6.13	6.29±1.88	14.16±3.43	7.17±2.35	16.79±4.85	27.32±5.16	54.57±8.54
对照组	14.07±4.24	21.15±5.72	6.17±1.94	12.50±3.11	7.32±2.41	14.98±4.40	27.56±5.25	48.63±7.86
t 值	0.256	2.146	0.323	2.610	0.324	2.012	0.237	3.726
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

重工业发展造成的环境污染导致肺癌的发生率不断增加。肺癌患者被确诊后常常需要根治术, 且各类根治术均涉及全麻与开胸, 为此患者在疾病和手术的双重压力下会产生心理负担与恐慌。多项研究表明, 焦虑与抑郁属于癌症患者最常见的心理疾病, 尤其肺癌患者因为呼吸系统体征严重干扰日常生活与休养, 所以更容易出现焦虑与抑郁, 而不良情绪亦将减低其治疗、康复积极性, 因而癌症病情与心理障碍

呈现相互促进的趋势^[3]。因此, 应该尽量采取高效的心理干预措施维持围术期患者心态平和。

据相关文献报道, 癌症患者的心理疏导应从患者既有的思想入手, 使患者重新认识应激^[4], 灵活处理应激源, 以提升患者自我管理能力与正确应对方法。幸福感作为衡量社会生活水平的重要主观心理项目, 是同时反映个体身陷逆境及生存态度的综合性指标。有学者提出, 幸福疗法以为患者获

(下转封三)

(上接第 176 页)

取更多幸福感为前提,相对被动的心理疏导,能从不同角度发出,令患者重新关注正面的生活事件^[5],自行寻求摒弃负性心理的方式,塑造积极的自我管理观念。本文结果显示,两组患者干预后心理状态均得到明显纠正,且观察组患者改善程度较大,这表明幸福疗法联合心理护理可通过细致入微的心理引导,有效缓解肺癌患者术前抑郁及焦虑症状。

心理韧性是个体在面对创伤与逆境一类负性事件时^[6],激发潜在认知与个性特点,协调身心内外自愿进行积极修补、调节,以期最终适应的能力。本研究发现两组患者经过干预心理韧性水平均有显著提升,提示幸福疗法能追本溯源改善肺癌患者既有的应激认知,从而增强应对疾病与手术的心理弹性,能积极而淡然的面对困境。

本文中观察组患者干预后总体幸福感、自我效能感及应对模式均得到显著改善,这说明幸福疗法能从肺癌患者认知着手,影响其围术期行为方式,为预后康复营造正向心理条件,合理妥善处理应激源,并积极、有技巧地展开应对,强化生存与康复动力。杨杰等^[7]通过对肺癌患者实施结构式心理干预获得与本研究相似的结论,认为充分调动患者主观能动性是“生物-心理-社会”护理模式的核心,充分优化认知水平并获取社会支持,为手术顺利开展及术后生活质量提升创造条件。

综上,幸福疗法联合心理护理可有效改善肺癌患者术前心理状态、心理韧性及主观幸福感,并优化患者自我效能及应对模式,有利于保障其围术期及康复期的依从性。

参考文献

- [1] 冯涛. 综合护理在肺癌围手术期患者中的应用 [J]. 四川医学, 2015, 36 (11): 1608-1610.
- [2] 陆舜, 虞永峰, 纪文翔. 2015 年肺癌诊疗指南: 共识和争议 [J]. 解放军医学杂志, 2016, 41 (1): 1-6.
- [3] 陈学芬, 王继伟, 宫霄欢, 等. 心理社会干预对癌症生存者生命质量改善的研究进展 [J]. 中华预防医学杂志, 2015, 49 (2): 189-192.
- [4] 洪静芳, 张伟, 宋永霞, 等. 老年癌症患者心理困扰的现状调查 [J]. 中华护理杂志, 2015, 50 (1): 92-96.
- [5] 许婷, 洪静芳, 祝志慧. 幸福疗法对肺癌患者术前焦虑抑郁症状群及主观幸福感的影响 [J]. 广东医学, 2017, 38 (2): 325-328.
- [6] 沈琴, 梅雅琪, 窦婉君, 等. 癌症患者心理韧性的研究现状 [J]. 护理学报, 2016, 23 (11): 26-29.
- [7] 杨杰, 谷寅煜, 宋秀岩, 等. 结构式心理干预对肺癌患者术前自我效能感的影响 [J]. 中华现代护理杂志, 2014, 49 (20): 2518-2520.