

个性化心理护理对晚期肺癌患者心理健康和生活质量的影响*

李立平,段红艳,刘卫静

(河北省唐山市玉田县人民医院护理部 064100)

[中图分类号] R473.73 [文献标识码] C [文章编号] 1671-8348(2015)20-2876-02

由于肿瘤包块压迫气道,晚期肺癌患者的呼吸困难症状呈进行性加重,患者遭受求生意愿与病痛的折磨,容易出现焦虑、抑郁、恐惧、悲观绝望等负性情绪,部分患者也可能出现孤独、冷漠、厌世等不良心理反应^[1]。这些不良情绪可加重患者的病情,因此积极改善患者的不良心态,对缓解患者的病痛、增强患者配合治疗的能力、延缓生命且提高生存质量具有重要意义^[2]。作者发现,根据晚期肺癌患者所表现出的不良心理状态进行个性化分型,并给予针对性的心理护理,可有效缓解患者的负性情绪,为患者及家属提供良好的心理和社会支持,提高患者的生活质量,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组病例为本院肿瘤科 2012 年 1 月至 2014 年 6 月收治的晚期肺癌患者 45 例,均经胸部 CT 及病理确诊,临床 TNM 分期为Ⅲb 期或Ⅳ期。随机分为观察组和对照组,观察组 25 例,其中男 15 例,女 10 例,年龄 29~85 岁,平均(47.3±11.6)岁,主要症状及并发症包括:咳嗽、咯血 8 例,呼吸困难 7 例,胸痛 7 例,间歇性发热 3 例;不良情绪表现为恐惧焦虑者 12 例,悲观绝望者 8 例,消沉抑郁者 5 例。对照组 20 例,其中男 11 例,女 9 例,年龄 28~85 岁,平均(47.9±11.7)岁,主要症状及并发症:咳嗽、咯血 8 例,呼吸困难 4 例,胸痛 4 例,间歇性发热 4 例;不良情绪表现为恐惧焦虑者 8 例,悲观绝望者 7 例,消沉抑郁者 5 例。两组患者的性别、年龄、疾病严重程度及临床症状等比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 不良心理分型标准 参考中国精神障碍分类与诊断标准第 3 版(CCMD-3)中的相关标准,根据晚期肺癌患者的心理障碍特点,将其分为 3 种类型:即焦虑恐惧型、悲观绝望型、消沉抑郁型。焦虑恐惧型患者难以接受自己的病情,担心预后不好,对能否继续生存存在疑虑;加上对疾病的认识不正确不全面、手术打击、对医院环境感到陌生压抑、癌症患者多数预后不良等,患者常表现出疼痛、神经衰弱、易激惹等恐惧焦虑的心理状态,对治疗产生抵触情绪^[3-4]。悲观绝望型患者获悉病情后,担心生命被剥夺,容易产生较重的思想负担和精神压力,心生绝望情绪,对生活失去信心,情绪低落,对继续治疗和康复失去信心和勇气,形成一种悲观绝望的心理状态^[6]。消沉抑郁型患者对今后的生活充满忧虑,伤感不能再如此前一样正常生活,从而表现出消沉抑郁、伤感自怜的心理状态,自觉委屈,情绪容易失控^[6-7]。

1.2.2 不同心理障碍类型的心理护理干预方法 对照组给予

晚期肺癌的常规护理和普通心理护理,观察组在对照组护理的基础上,针对不良心理状态的不同类型,给予个性化的心理护理干预,主要做法如下:(1)焦虑恐惧型患者采取“建立良好护患关系”的心理护理措施,护理人员应耐性向患者进行健康教育,让患者了解肺癌的相关知识,认识到生、老、病、死是人生的自然发展规律,引导患者正确对待死亡,保持积极健康的心理状态可以延缓疾病的发展。另一方面,为患者提供舒适安静的就医环境,主动关心照顾患者,严密观察病情变化,尽力满足患者的合理需求,要求陪护家属注意避免给患者造成不良刺激,让患者感受到被关注和重视。同时护理人员可通过实例介绍、病友交流、音乐广播等松弛疗法等多种途径缓解焦虑恐惧心理,从而建立良好的护患关系,帮助患者提升配合治疗的意识和能力,获得更好的治疗效果^[5]。(2)悲观绝望型患者采取“综合支持疗法”进行心理护理。护理人员要有高度的同情心、责任心,努力为患者创造一个温暖和谐的休养环境,指导家属一起配合对患者进行心理安慰、精神调养及生活照顾。应重视做好各种基础护理,创造良好的康复环境,尊重并保护患者的人格和隐私,提供符合患者口味的合理餐饮,提升患者的生活质量,让患者有尊严的渡过生命的最后历程。同情并理解患者的疼痛,合理药物治疗的同时,给予心理安慰及鼓励,帮助患者正确认识疾病,引导患者减轻心理负担,加强积极的自我暗示,防止消极暗示,摆脱悲观绝望心理,保持心情愉悦;同时,做好患者家属的教育和护理,家属情绪乐观对患者的影响力也很大,家人的重视与关心有助于患者获得温暖感和生存的价值感,从而积极主动的接受并配合进一步治疗^[7]。(3)消沉抑郁型患者采取“交谈法”进行心理护理。护理人员应保持良好的态度,语言亲切,主动与患者沟通交流,鼓励患者宣泄内心的情感,释放压抑的情绪,并对患者的愁闷情绪表示理解并及时疏导,及时告知患者病情好转的消息^[8]。同时,应注意动员鼓励家属多陪伴患者,满足患者生理和心理上的各种合理需求,并指导家属应保持良好的态度和情绪,发挥最佳的心理支持,帮助患者树立信心,战胜疾病,配合治疗。

1.2.3 观察指标 观察比较两组患者入院 2 周后的焦虑抑郁和生活质量的改善情况。焦虑抑郁程度评价采用医院焦虑抑郁量表(HADS)。≤7 分为无症状,8~10 分为可疑,≥11 分即可确诊。生活质量评价采用健康状况调查简量表(SF-36),分数越高,生活质量就越高。

1.3 统计学处理 采用 SPSS13.0 统计软件分析处理数据,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

* 基金项目:唐山市科技局科研课题(12130232b)。 作者简介:李立平(1965—),主管护师,主要从事临床护理和护理管理工作等。

2 结 果

2.1 两组患者的焦虑和抑郁程度改善情况 入院时两组患者的抑郁和焦虑评分差异无统计学意义($P>0.05$);入院 2 周后,两组患者的抑郁和焦虑均有明显改善($P<0.01$);观察组患者的改善程度优于对照组患者,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组患者焦虑和抑郁评分比较($\bar{x}\pm s$)				
项目	入院时		入院 2 周后	
	对照组	观察组	对照组	观察组
抑郁	15.11±2.24	15.16±2.23	11.18±1.65 ^a	6.83±1.03 ^{ab}
焦虑	16.87±2.16	16.79±2.20	11.58±1.63 ^a	7.96±0.98 ^{ab}

^a: $P<0.01$,与入院时比较;^b: $P<0.05$,与对照组比较。

2.2 两组患者的生活质量改善情况 入院时两组患者的生活质量各项得分差异无统计学意义($P>0.05$);入院 2 周后,两组患者的生活质量各指标均有明显改善($P<0.01$);观察组患者的改善程度优于对照组患者,除一般健康状况、生命力情感角色,其他指标两组比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 2 两组患者生活质量改善情况比较 ($\bar{x}\pm s$)				
项目	入院时		入院 2 周后	
	对照组	观察组	对照组	观察组
躯体功能	18.83±3.12	18.42±3.02	44.98±7.84 ^a	54.57±7.94 ^{ab}
躯体角色	32.37±4.49	33.07±4.22	43.35±6.41 ^a	54.45±7.41 ^{ab}
机体疼痛	45.59±7.03	45.61±7.00	59.53±7.91 ^a	66.73±8.91 ^{ab}
一般健康状况	36.69±4.87	36.61±4.77	47.87±7.11 ^a	50.96±8.13 ^a
生命力	44.59±6.43	44.36±6.03	46.09±6.90 ^a	47.09±6.91 ^a
社会功能	49.13±7.77	49.33±7.97	60.22±8.17 ^a	66.82±8.38 ^{ab}
情感角色	43.27±6.13	43.32±6.23	60.89±8.22 ^a	62.72±8.47 ^a
心理健康	44.57±5.59	44.49±5.51	64.47±8.86 ^a	69.89±8.94 ^{ab}

^a: $P<0.01$,与入院时比较;^b: $P<0.05$,与对照组比较。

3 讨 论

患者可能难以接受肺癌晚期的事实,受到强烈的负性心理应激,从而产生悲观绝望等不良情绪,对治疗失去信心,对后续的治疗和康复造成不良影响,可能导致病情快速恶化,严重影响患者的生存质量和治疗效果^[9]。因此,开展心理护理,提高患者的心理健康状态,对提高治疗效果和生活质量具有重要意义^[10]。

尽管晚期肺癌患者的预后较差,但提高患者的生存质量,让患者有尊严的渡过生命最后阶段,是现代医疗技术和人文关怀的应有内容。而让患者保持良好的心理状态是人文关怀的

重要内容之一,这就要求护理人员在做好临床基础护理的同时,更需要具有一定的心理护理方面的理论知识与护理措施^[11-12]。而不同患者由于其成长环境、生活经历、对疾病的认知等各有差异,其不良心理状态也各有特点,因此需要根据不良心理状态的具体情况,给予个性化的护理干预,才能起到事半功倍的效果,获得最佳的心理干预疗效。在本组研究中,作者分析了不同患者存在的各种不良心理状态,根据其心理障碍的分型,分别采用“建立良好护患关系”、“交谈法”、“综合支持疗法”等个性化的心理护理干预措施,经过两周的护理后,与给予常规心理护理的对照组患者相比,个性化心理护理干预组患者的焦虑抑郁程度明显减轻,生活质量得到了显著提高,各项指标改善均更显著,达到了提高临床治疗与护理疗效的目的。

参考文献

[1] 崔焱. 护理学基础[M]. 北京:人民卫生出版社,2011:129.

[2] 杨爽,景雪霏,朴日红. 晚期肺癌患者的心理护理[J]. 临床合理用药杂志,2012,5(18):151-152.

[3] 季丽娜. 30 例晚期肺癌患者的心理护理体会[J]. 医学信息:中旬刊,2011,24(6):2737-2738.

[4] 吴桂真,吴庆珠,李爱军. 晚期肺癌患者的心理分析及护理对策[J]. 中国社区医师,2008(17):107.

[5] 彭静,李翠红. NICU 患者的心理分析及对策[J]. 现代中西医结合杂志,2009,18(18):2200-2201.

[6] 袁霞. 晚期肺癌患者的心理护理体会[J]. 南华大学学报:医学版,2010,38(6):850-851.

[7] 万杰,张学丽,何玉花. 晚期肺癌患者疼痛的护理[J]. 吉林医学,2010,31(1):117-118.

[8] 彭娜,何娟,于瑞英. 晚期肿瘤患者的临终关怀[J]. 重庆医学,2011,40(32):3327-3328.

[9] 何淑波,罗超,周初菊. 心理护理及健康教育对老年肺癌患者生存质量的影响[J]. 海南医学,2014,25(16):2487-2489.

[10] 钱韦韦,赵玉凤. 强化护理干预对降低老年肺癌患者化疗期继发感染率的效果分析[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2014,35(14):2152-2153.

[11] 张翠敏,朱贵东,阎子海,等. 老年肺癌患者生存质量评价及影响因素分析[J]. 中国老年学杂志,2011,31(1):21-23.

[12] 龙菽兰. 心理护理与健康教育对老年肺癌患者生存质量的影响[J]. 中国实用医刊,2014,41(7):122-123.

(收稿日期:2015-04-03 修回日期:2015-05-10)

误 差

误差指测量值与真值之差,也指样本指标与总体指标之差。包括系统误差、随机测量误差和抽样误差。系统误差指数据收集和测量过程中由于仪器不准确、标准不规范等原因,造成观察(检测)结果呈倾向性的偏大或偏小,是可避免或可通过研究设计解决的。随机测量误差指由于一些非人为的偶然因素使观察(检测)结果或大或小,是不可避免的。抽样误差指由于抽样原因造成样本指标与总体指标的差异,是不可避免但可减少的。