

肺癌患者自我效能、社会支持、应对方式与心理韧性的结构方程模型

赵倩倩, 杨智慧, 米雪, 张立力[△]
(南方医科大学护理学院, 广州 510515)

[中图分类号] R473.73

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2017)30-4310-03

2015 年中国有 429.2 万例新发肿瘤病例和 281.4 万例死亡病例, 其中肺癌是发病率最高的癌症, 也是死因之首^[1]。众多研究表明, 肺癌给患者带来巨大的身心应激反应和明显的负性影响^[2]。而积极心理学则认为, 部分患者通过调动内外资源能够在患癌事件中逐渐寻找平衡点并积极应对, 这种特质被称为心理韧性, 或者是个体面对压力和挫折时的“反弹能力”, 并定义为个体面对逆境、创伤等负性事件时, 通过激发潜在认知、心理特质, 运用内外资源进行积极修补, 不断调适, 以达到正向适应的能力、历程或结果^[3]。已有研究表明, 自我效能、社会支持、应对方式影响癌症患者的心理韧性水平^[4]。构建结构方程模型可以验证并清晰呈现以上因素与心理韧性的影响关系^[5]。本研究对肺癌患者心理韧性及相关因素进行现况调查, 构建结构方程模型图, 具体描述变量间的效应关系, 为心理韧性干预措施的制定提供一定的参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 便利抽样法, 选取 2015 年 12 月至 2016 年 4 月广州市 5 家三甲医院肿瘤科、放疗科、胸外科住院的 250 例肺癌患者为研究对象。纳入标准: 病例确诊为原发性肺癌; 患者知晓病情; 年龄大于或等于 18 岁; 神志清楚、能准确理解文字或回答问题; 自愿参与本研究。排除标准: 合并有重要器官(如肝、肾)功能的严重损害或其他严重慢性疾病的患者; 患有各类精神疾病的患者; 中途退出者。

1.2 方法 征得医院和科室同意后, 由经过统一培训的研究者向符合纳入标准的对象发放问卷并解释本次研究的目的和意义, 征得其同意并签署知情同意书后, 由研究对象自行填写问卷并当场收回。对于因视力或文化程度低而无法独立完成的, 则由研究者按照统一方式复述问卷内容后填写。问卷内容包括: (1) 中文版心理韧性量表(Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC), 共 25 个条目, 包含力量、坚韧、乐观三个因子, 每个条目采用 0~4 级计分, 分别表示“从不, 很少, 有时, 经常, 几乎总是”, 总分 100 分, 得分越高, 说明心理韧性越好^[6]。本研究中总量表的 Cronbach's α 系数为 0.913, 各因子 Cronbach's α 系数分别为 0.826、0.871 和 0.608。(2) 一般自我效能感量表(general self-efficacy scale, GSES), 中文版由张建新翻译并修订, 共 10 个条目, 每个条目采用 1~4 级计分, 分别表示“完全不正确, 有点正确, 多数正确, 完全正确”, 得分越高, 说明自我效能感越好, 本研究中量表的 Cronbach's α 系数为 0.855。(3) 领悟社会支持量表(perceived social support scale, PSSS), 由 Zimet 等编制, 姜乾金等引入并修订, 共 12 个条目, 每个条目采用 1~7 级计分, 包括家庭支持、朋友支持, 其他(领导、同事、亲戚)支持 3 个因子, 得分越高, 说明社会支持程度越高。本研究中总量表的 Cronbach's α 系数为 0.870, 各因子 Cronbach's α 系数分别为 0.752、0.839 和 0.768。(4) 医学应

对问卷(medical coping modes questionnaire, MCMQ), 由 Feifel 编制, 沈晓红等引入并修订, 共 20 个条目, 每个条目采用 1~4 级计分, 其中有 8 个条目反向计分。包括面对(8 个条目), 回避(7 个条目), 屈服(5 个条目)3 个因子, 得分越高, 说明应用此项应对方式的频率越高。本研究中各因子 Cronbach's α 系数分别为 0.675、0.320 和 0.760。

1.3 统计学处理 采用 SPSS20.0 及 Amos23.0 软件进行数据处理。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 计数资料以百分比的形式表示; Spearman 相关分析自我效能、社会支持、应对方式与心理韧性的相关性; Amos23.0 软件对各变量间的效应关系进行验证并构建结构方程模型。以 $P < 0.05$ 为差异为统计学意义。

2 结果

2.1 问卷回收及一般资料情况 共发放问卷 250 份, 回收 250 份, 排除有缺失项和明显乱填的问卷, 最终有效问卷 236 份, 有效回收率 94.4%。236 例研究对象, 其中男 160 例(67.8%), 女 76 例(32.2%); 年龄 20~<30 岁 17 例(7.2%), 30~<40 岁 26 例(11.0%), 40~<50 岁 46 例(19.5%), 50~<60 岁 69 例(29.2%), ≥ 60 岁 78 例(33.1%)。

2.2 自我效能、社会支持、应对方式与心理韧性的相关性 肺癌患者心理韧性总分为(65.95 \pm 15.20)分、力量因子(22.68 \pm 5.52)分、坚韧因子(33.17 \pm 8.76)分、乐观因子(10.11 \pm 3.02)分; 自我效能总分为(26.81 \pm 5.76)分; 社会支持总分为(65.48 \pm 10.15)分、家庭支持(23.75 \pm 3.49)分、朋友支持(19.92 \pm 4.78)分、其他支持(21.81 \pm 4.06)分; 应对方式中面对因子得分为(19.19 \pm 3.81)分、回避因子(17.50 \pm 2.80)分、屈服因子(9.60 \pm 3.08)分。Spearman 相关分析显示, 自我效能($r=0.563, P<0.01$)、社会支持总分($r=0.414, P<0.01$)、家庭支持($r=0.323, P<0.01$)、朋友支持($r=0.320, P<0.01$)、其他支持($r=0.384, P<0.01$)及面对因子($r=0.263, P<0.01$)均与心理韧性总分呈正相关, 屈服应对与心理韧性总分呈负相关($r=-0.217, P<0.01$), 回避应对则与心理韧性总分没有相关性($P>0.05$)。

2.3 自我效能、社会支持、应对方式与心理韧性的结构方程模型 本研究假定自我效能为心理韧性的中介变量, 自我效能直接影响心理韧性, 社会支持、应对方式不仅直接影响心理韧性, 还通过自我效能间接影响心理韧性。用最大似然法对假定模型参数进行估计, 模型参数显著性检验标准为($P<0.05$), 结合上述 Spearman 相关分析结果及模型修正指标, 移除参数不显著的路径, 最终得到拟合指数较好的结构方程模型(图 1), 卡方自由度比(χ^2/df)=2.465; 拟合优度指数(GFI)=0.946; 规范拟合指数(NFI)=0.907; 增值拟合指数(IFI)=0.943; 比较拟合指数(CFI)=0.941; 近似误差均方根(RMSEA)=0.079。自我效能对心理韧性有直接(正向)效应($\beta=0.385$,

$P < 0.01$), 社会支持对心理韧性有直接(正向)效应($\beta = 0.421, P < 0.01$)和间接(正向)效应, 应对方式对心理韧性仅有间接效应, 各外生变量(自变量)对内生变量(因变量)的直接和间接效应大小, 见表 1。

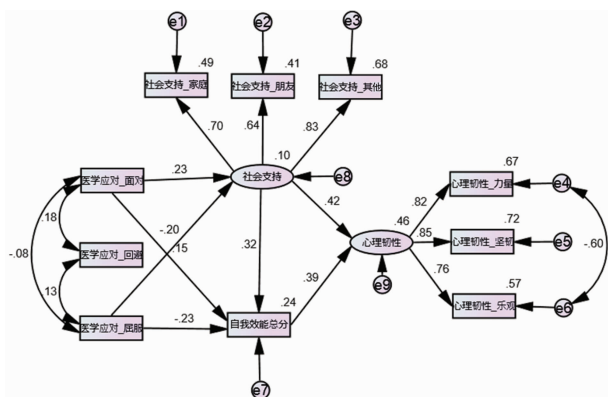


图 1 肺癌患者自我效能、社会支持、应对方式与心理韧性的结构方程模型

表 1 拟合模型中自变量对因变量的效应分解关系

因变量	效应分解	自变量			
		面对	屈服	社会支持	自我效能
心理韧性	总效应	0.186	-0.196	0.544	0.385
	直接效应	0.000	0.000	0.421	0.385
	间接效应	0.186	-0.196	0.123	0.000
社会支持	总效应	0.233	-0.202	0.000	0.000
	直接效应	0.233	-0.202	0.000	0.000
	间接效应	0.000	0.000	0.000	0.000
自我效能	总效应	0.228	-0.290	0.320	0.000
	直接效应	0.154	-0.225	0.320	0.000
	间接效应	0.075	-0.065	0.000	0.000

总效应 = 直接效应 + 间接效应

3 讨论

3.1 自我效能对心理韧性有直接(正向)效应 自我效能是个体对自己执行某一特定行为的主观判断, 自我效能高的个体对待生活的态度会更加积极, 对促进心理健康有重要意义。心理韧性发展模型强调, 心理韧性可通过建立并维持自我效能而对抗危机事件, 可见自我效能对心理韧性有关键作用^[6]。本组肺癌患者自我效能与心理韧性呈正相关($r = 0.563, P < 0.01$), 进一步的结构方程模型也验证了自我效能是心理韧性的主要影响因子, 不仅对心理韧性有直接正向效应, 还作为中介变量, 间接影响社会支持、应对方式与心理韧性的效应关系。杨杰等^[7]研究显示, 自我效能干预可降低胸肺肿瘤患者术后焦虑、抑郁等心理问题, 改善其生活质量。因此, 医务人员可通过深入了解肺癌患者对疾病治疗和康复的认识, 帮助其有效疏导和管理不良情绪, 调动潜在应对和解决问题的能力, 提高其自我效能和抗癌的主动性, 从而促进积极心理反应的产生和心理韧性的提高, 改善临床症状。

3.2 社会支持对心理韧性有直接和间接(正向)效应 社会支持即社会网络, 个体遇到困难时, 社会网络资源会提供帮助。本组肺癌患者社会支持与心理韧性呈正相关($r = 0.414, P < 0.01$)。刘莉莉等^[5]研究也表明, 心肌梗死患者感知到的社会

支持越多, 其心理韧性水平越高。高度的社会支持反映个体良好的人际关系, 与积极的自我评价有一致关系, 加大社会支持可提高患者的自我效能及疾病应对能力。本研究结构方程模型也显示, 社会支持不仅对心理韧性有直接正向效应, 还通过直接影响自我效能而间接对心理韧性发挥效应。张苏梅等^[8]对肺癌化疗患者的研究也表明, 社会支持可通过自我效能间接影响生活质量。因此, 医务人员应建立社会支持理念, 在患者寻求帮助时, 有意识地创造一种愿意为其提供帮助的氛围; 鼓励患者加强与他人的交流联系, 帮助其建立良好的人际关系; 通过增加家庭、朋友及其他社会组织支持, 对心理韧性进行干预, 提高患者生活质量。

3.3 面对与屈服应对方式对心理韧性仅有间接效应 面对、回避、屈服 3 种应对方式反映了个体面对压力事件的态度, 面对是积极的应对方式, 屈服是消极的应对方式, 回避则通过暂时移开压力情形而缓解压力, 是介于积极和消极的中间应对方式。本研究认为面对因子与心理韧性呈正相关($r = 0.263, P < 0.01$), 屈服应对与心理韧性呈负相关($r = -0.217, P < 0.01$), 回避应对与心理韧性的相关性则差异无统计学意义。进一步的结构方程模型显示, 应对方式与心理韧性没有直接的路径关系, 面对与屈服应对通过直接影响社会支持和自我效能而对心理韧性发挥间接效应。积极有效的应对, 与较高的疾病应对能力和较好的人际关系有一致关系。因此, 自我效能和社会支持水平表现较高; 同时也可从一定程度上减缓疾病引起的不适症状, 并促进患者正向适应疾病, 心理韧性水平表现也较高^[9]。而消极的应对态度, 则会加重疾病负担和不良情绪, 不利于疾病康复和心理健康^[10]。因此, 医务人员应注重激发个体潜在的积极特质, 引导消极应对的肺癌患者采取积极有效的应对方式, 增加自我效能, 促进社会支持, 从而提高心理韧性水平。

参考文献

- [1] Chen W, Zheng R, Baade PD, et al. Cancer statistics in China, 2015[J]. CA Cancer J Clin, 2016, 66(2):115-132.
- [2] 杨泽礼, 王晓晨, 宫建. 中国居民 2000-2010 年肺癌发病与心理因素关系的研究[J]. 中国卫生统计, 2011, 28(5): 578-579.
- [3] Yu XN, Zhang JX. Factor analysis and psychometric evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) with Chinese People[J]. Soc Behav Pers, 2007, 35(1):19-30.
- [4] 张璠, 孟鑫, 叶萍. 乳腺癌患者心理弹性及影响因素的研究[J]. 中华护理杂志, 2015, 50(9):1087-1090.
- [5] 刘莉莉, 林平, 赵振娟. 自我效能、社会支持及应对方式对急性心肌梗死患者心理弹性影响的路径分析[J]. 中华护理杂志, 2016, 51(1):21-25.
- [6] Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms[J]. Am J Orthopsychiatry, 1987, 57(3):316-331.
- [7] 杨杰, 谷寅煜, 李淑霞, 等. 基于自我效能护理干预对于胸肺肿瘤术后患者生存质量的影响[J]. 实用医学杂志, 2014, 30(18):2997-3000.
- [8] 张苏梅, 顾炜, 高苗, 等. 自我效能感在肺癌化疗患者社会支持与生存质量间的中介效应[J]. 中国健康心理学杂志, 2015, 23(9):1310-1314.
- [9] Stewart D, Yuen T. A systematic review of resilience in

the physically ill[J]. Psychosomatics, 2011, 52(3):199-209.

fect; trigger and maintenance coping action patterns[J]. J Couns Psychol, 2014, 61(1):93-109.

[10] Dunkley D, Ma D, Lee I, et al. Advancing complex explanatory conceptualizations of daily negative and positive af-

(收稿日期:2017-02-14 修回日期:2017-05-03)

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.30.049

PICC 带管患者院外护理对并发症的影响

宋佶芳, 彭 红, 刘芳静

(第三军医大学大坪医院野战外科研究所肿瘤中心, 重庆 400042)

[中图分类号] R473.73

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2017)30-4312-03

化疗为目前肿瘤患者的主要治疗手段之一, 化疗药物需经静脉输注, 但其具有刺激性, 如何有效地避免药物外渗、减少反复静脉穿刺等所带来的问题备受关注。外周静脉穿刺中心静脉置管(peripherally inserted central catheter, PICC) 作为一种经外周静脉(贵要静脉、肘正中静脉、头静脉)穿刺插管, 将其尖端位于上腔静脉的深静脉置管技术, 因操作简单安全、留置时间长、减少反复静脉穿刺、并发症少等特点, 在临床上得到广泛的应用。然而, 长期 PICC 带管患者可能会因维护不当出现静脉炎、血栓形成、导管移位、脱出、导管堵塞、局部感染等并发症^[1]。因此院外如何有效地维护 PICC 带管患者, 以减少并发症, 值得护理人员和患者共同重视。

1 资料与方法

1.1 一般资料 共纳入 2015 年 6 月至 2016 年 6 月于本院肿瘤科就诊的 120 例患者, 分为对照组和观察组, 每组 60 例。对照组中男 38 例, 女 22 例, 平均年龄(52.2±9.8)岁。观察组中男 40 例, 女 20 例, 平均年龄(53.4±7.9)岁。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。纳入标准: 同时住院期间因化疗需要建立中心静脉通路, 出院后需长期 PICC 带管。所有患者或家属已被充分告知 PICC 置管的风险性, 并表示同意和签署了书面知情同意书。所有患者由具有 PICC 置管资质的护士进行 PICC 置管。穿刺置管过程中严格执行无菌操作, 穿刺后 24 h 为穿刺部位换药, 在穿刺点没有渗血渗液, 敷贴无卷边无松脱的情况下每周更换 1 次, 保证穿刺部位的清洁、干燥。本研究通过了医院伦理委员会审查同意。

1.2 方法 对照组: (1) 定期开展讲座, 制作宣传手册并发放、采用图文并茂的方式做好健康知识宣教工作, 使患者对 PICC 置管过程、注意事项以及带管后相关的维护知识具有一个充分的认识。(2) 对文化低、理解能力差的患者采用同伴教育指导, 强调出院后维护导管的重要性。(3) 建立 PICC 患者微信咨询平台, 及时有效地解决患者带管期间的问题。(4) 开展 PICC 护理门诊, 加强对患者 PICC 导管的动态监测, 及时发现患者出现的异常情况, 如静脉炎、导管堵塞、脱出及破裂等进行及时处理。(5) 针对出院后不方便回院维护的患者, 在出院时为患者联系好有换药资质的当地医院, 确保接受正规换药。观察组: 除了行上述常规护理外, 还采用标准化、专业化、个性化护理。(1) 每位护士宣教内容有差异性, 因此对宣教内容进行标准化、流程化管理。(2) 明确讲座时间, 在置管后 24 h 内和置管后第 4 天进行, 指导具体功能锻炼方法, 同时评估患者功能

锻炼的有效性。(3) 针对依从性差的患者, 要求患者或家属必须参加相关讲座, 或进行一对一的个性化指导, 确保人人掌握。(4) 针对行走不方便、卧床患者或边远山区、经济条件差不方便换药患者, 由 PICC 置管资质护士向家属讲解换药流程、换药要点、手把手指导、录视频, 最后通过考核合格后带物品回家, 由家属换药, 并每次换药时发视频于静脉管路学组联络员(有 PICC 置管资质的护士), 确保换药正确、安全。(5) 必须由静脉管路学组联络员分管患者, 留下联系方式, 有问题及时通过微信咨询平台或电话及时处理。(6) 对有条件回院换药患者, 提前 2 d 电话或微信联系提醒患者, 如不能够回院换药患者提醒至当地医院进行换药, 并反馈换药结果并记录。(7) 在置管后第 1 个月, 每周对 PICC 带管患者行电话或微信随访, 发现问题及时解决, 并进行必要的心理疏导, 解除带管患者的顾虑及担忧, 树立长期带管信心, 确保导管的顺利留置及使用。(8) 针对置管时间大于 1 个月的患者, 每月进行随访, 了解导管情况并做好记录, 连续随访 6 个月。

1.3 护理效果评估 (1) 两组患者的 PICC 带管时间。(2) 两组患者的 PICC 带管并发症发生率。(3) 患者护理满意度评分。(4) 患者生活质量评分。采用本院自制的调查问卷对患者进行护理满意度调查, 调查内容包括护理人员的服务、操作技能以及沟通情况, 结果分为非常满意、一般满意和不满意。护理满意度=(非常满意+一般满意)/总例数×100%。生活质量依据 WHOQOL-100 量表对患者的生活质量进行评估, 主要体现生理领域、心理领域、社会关系以及环境领域等。

1.4 统计学处理 采用 SPSS20.0 统计学软件进行数据统计分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 t 检验; 计数资料以率(%)表示, 采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者 PICC 带管时间的比较 观察组患者的 PICC 带管时间为(188.50±34.43)d, 对照组患者的 PICC 带管时间为(159.06±42.03)d, 观察组患者的 PICC 带管时间明显长于对照组患者, 差异具有统计学意义($t=1.53, P<0.05$)。

2.2 两组患者 PICC 带管并发症发生率的比较 观察组患者发生 PICC 带管并发症的发生率为 3.3%。对照组患者的 PICC 带管并发症的发生率为 11.6%。观察组患者的并发症发生率明显低于对照组患者, 差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

2.3 两组患者 PICC 护理满意度比较 观察组患者中非常满意患者 50 例(83.3%), 一般满意患者 9 例(15.0%), 不满意患