

论著·临床研究 doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2022.16.018

网络首发 [https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20220223.1327.030.html\(2022-02-23\)](https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20220223.1327.030.html(2022-02-23))

基于 THRIVE 模型的动机性访谈对原发性肝癌患者创伤后成长及生活质量的影响*

蒋 维, 罗 玲[△], 张运芝, 张 函, 王晓昊, 李 静

(重庆医科大学附属第二医院 400010)

[摘要] **目的** 探讨基于 THRIVE 模型的动机性访谈对原发性肝癌患者创伤后成长及生活质量的影响。**方法** 选取 2020 年 9 月至 2021 年 5 月该院收治的 100 例原发性肝癌患者作为研究对象,采用随机数字表法分为对照组和观察组,每组 50 例。对照组给予常规心理护理,观察组在常规心理护理基础上给予基于 THRIVE 模型的动机性访谈干预。比较两组患者干预前,出院后 1、3 个月简体中文版创伤后成长评定量表(C-PTGI)、肝癌患者生活质量量表(QOL-LC V2.0)得分情况。**结果** 两组患者干预前一般资料、C-PTGI 总分及各维度、QOL-LC V2.0 总分及各维度得分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);观察组患者出院后 1、3 个月 C-PTGI 总分及各维度得分均明显高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);两组患者出院后 1、3 个月 QOL-LC V2.0 除躯体功能维度得分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)外,总分及心理功能、症状不良反应、社会功能维度得分均较干预前明显改善,且观察组患者总分及心理功能、症状不良反应、社会功能维度得分改善程度均较对照组更优,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 基于 THRIVE 模型的动机性访谈干预可有效提升肝癌患者创伤后成长水平,改善其生活质量。

[关键词] 原发性肝癌;THRIVE 模型;动机性访谈;创伤后成长;生活质量**[中图分类号]** R735.7**[文献标识码]** A**[文章编号]** 1671-8348(2022)16-2789-06

Impact of motivational interviewing based on THRIVE model on post-traumatic growth and survival quality in patients with primary liver cancer*

JIANG Wei, LUO Ling[△], ZHANG Yunzhi, ZHANG Han, WANG Xiaohao, LI Jing

(Second Affiliated Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing 400010, China)

[Abstract] **Objective** To explore the impact of motivational interviewing based on the THRIVE model on post-traumatic growth and survival quality in the patients with primary liver cancer. **Methods** One hundred patients with primary liver cancer treated in this hospital from September 2020 to May 2021 were selected as the study subjects and randomly divided into the control group and observation group, 50 cases in each group. The control group was given the routine psychological care, and on this basis the observation group was given the motivational interview intervention based on the THRIVE model. The scores of C-PTGI and QOL-LCV2.0 before intervention and in 1, 3 months after discharge were compared between the two groups. **Results** Before intervention, there were no statistically significant differences in the general data, C-PTGI total score and each dimension score, QOL-LC V2.0 total score and each dimension score between the two groups ($P>0.05$). The C-PTGI total score and scores of various dimensions in 1, 3 months after discharge in the observation group were significantly higher than those in the control group, and the differences were statistically significant ($P<0.05$). The QOL-LC V2.0 scores in 1, 3 months after discharge had no statistical differences between the two groups except for the somatic function ($P>0.05$). The total score and the scores of psychological function, symptom adverse reactions and social function dimensions were significantly improved compared with those before intervention, moreover the improvement degrees of the total score and scores of psychological function, symptom adverse reactions and social function dimensions in the observation group were much superior to those in the control group, and the differences were statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** The motivational interviewing intervention based on the THRIVE model can effectively enhance the level of post-traumatic growth and improve the quality of life in the patients with liver cancer.

* 基金项目:重庆市自然科学基金面上项目(cstc2020jcyj-msxmX0646);重庆医科大学附属第二医院护理骨干科研资助计划项目(202006)。

作者简介:蒋维(1995-),护师,在读硕士研究生,主要从事肝病护理、心理护理研究。△ 通信作者,E-mail:314620906@qq.com。

[Key words] primary liver cancer; THRIVE model; motivational interviewing; post-traumatic growth; survival quality

2020 年全球癌症负担数据显示,原发性肝癌发病率居我国恶性肿瘤第 5 位,病死率居第 2 位,严重威胁着居民的生命健康^[1]。肝癌患者在诊疗过程中不仅遭受着生理痛苦,还极易引发情感障碍、自我效能感下降等一系列心理、社会问题^[2],不利于其身心健康。创伤后成长(posttraumatic growth, PTG)是指个体在经历创伤性事件或情境中主观体验到的正性改变^[3]。有研究证实,PTG 的长期存在可帮助癌症患者发展积极情感,重构认知,减少负性体验,进而改善生活质量^[4-5]。动机性访谈(motivational interviewing, MI)是一种以患者为中心,通过探索和解决其矛盾心理来强化内在改变动机的干预方法^[6]。近年来,MI 不仅广泛用于慢病管理^[7-8],也逐渐向癌症领域延伸^[9-10],但将 MI 用于提升肝癌患者 PTG 水平鲜见文献报道。THRIVE 模型由 Stephen Joseph 团队研发,包括自我评估、孕育希望、讲述新的故事、发现变化、评估变化、以实际行动表明成长 6 个步骤^[11]。该模型是创伤后心理压力应对的练习与积极心理学研究的最新成果,能有效促进个体的内心成长和心理学自愈,为肝癌患者开展 MI 干预提供了理论支撑。本研究构建了基于 THRIVE 模型与 MI 相结合的方案,并用于肝癌患者的心理干预中,旨在探讨其在提高肝癌患者的 PTG 和生活质量中的护理效果。

1 资料与方法

1.1 研究对象

经课题组前期调研发现,本院感染科长期从事肝癌诊疗、海扶中心从事海扶刀治疗肝癌工作,能满足样本量要求。因此选取 2020 年 9 月至 2021 年 5 月本院感染科、海扶中心住院的 100 例肝癌患者作为研究对象。纳入标准:(1)符合原发性肝癌诊疗规范(2019 年版)的诊断标准,且经临床症状或影像学检查初诊为原发性肝癌;(2)神志清楚,病情稳定;(3)患者本人知晓患病;(4)自愿参加本研究并签署知情同意书。排除标准:(1)既往患有精神疾病或存在严重的认知和交流沟通障碍;(2)合并如肝衰竭、心力衰竭、感染性休克等重症疾病;(3)近 1 个月内除疾病外还遭受其他负性生活事件;(4)住院时间小于 7 d;预计生存时间小于 3 个月。采用随机数字表分为观察组和对照组,每组 50 例。本研究已获得医院伦理委员会批准(2020-077)。

1.2 方法

1.2.1 干预方式

1.2.1.1 对照组

实施常规心理护理,即入院时评估患者心理状态,针对具体的心理问题给予相应的心理疏导;利用“317”护云服务平台等健康宣教平台向患者推送肝癌

治疗及护理知识,及时答疑解惑;加强巡视,避免意外的发生。出院后 1、3 个月的电话或微信随访主要是了解患者出院后的生活及心理状态并给予相应的指导。

1.2.1.2 观察组

在常规心理护理基础上实施基于 THRIVE 模型的 MI 干预,具体方法:(1)成立干预小组。由 1 名取得国家二级心理咨询师资质的主任护师任组长,与 1 名经验丰富的临床心理咨询师共同负责指导和督查研究的设计与实施过程;2 名肝病专科医师和 1 名护理研究生负责指导方案的制定和基线评估;2 名分别取得肝病、肿瘤专科资质且取得国家二级心理咨询师资格证、工作年限 10 年以上的主管护师负责建立患者档案、实施干预方案;2 名护理研究生负责资料的收集、整理与分析。在干预前 5 周,所有小组成员均接受并完成 MI 干预方案的相关培训及考核。(2)制订干预方案。广泛查阅 THRIVE 模型、MI 的相关书籍和国内外文献,根据研究目的制订初步方案;邀请临床肝病、护理、心理学方面的专家进行评价和指导,并针对专家的建议和意见、预实验结果进行相应调整和完善,形成最终的 MI 干预方案。(3)实施干预方案。访谈者从基线调查结果中获取肝癌患者的一般资料、PTG、生活质量得分等信息,全面评估并分析每例患者不同的心理特点,并根据其不同的文化水平、认知能力、职业、肝癌病程、治疗方法等情况对存在的主要问题开展针对性干预。分为 2 个阶段,共 5 次 MI 干预。第一阶段为住院期间的 3 次访谈:以“面对面、一对一”的形式进行访谈,全程运用开放式提问、肯定、反馈性倾听和阶段性小结访谈技术,鼓励患者表达,访谈者以目光接触、肢体语言等非语言交流形式表达倾听与理解,并详细记录和整理每次访谈内容。访谈时间为周一至周五的 10:00~11:30、15:00~17:30,具体时间以患者方便为主(时间为 25~40 min),访谈地点为专用谈话室或相对安静的病房。具体内容:(1)第 1 次访谈(入院后第 2 天)为建立相互信任的护患关系,评估患者在患病后的心理和行为变化。使其获得新的认知结构,在患者内心培植希望。具体措施:①提供肝癌疾病知识手册,讲解关于肝癌治疗和护理方面的基本知识,介绍疾病与情绪的关系,强调正向情绪的重要性;②鼓励患者说出患病经历和困惑,评估目前的心理和认知行为现状,做到认真倾听和积极回应;③利用小视频和微信推文分享肝癌幸存者的励志故事,帮助患者树立对未来的希望感。(2)第 2 次访谈(入院后第 4~5 天)为引导患者发展成长型思维,讲述新故事,启发患者尝试去解决问题。具体措施:①针对不同的思维模式,训练患者希望感,帮

助其实现从“受害者”到“成长者”的转变；②依据患者的实际情况，共同探讨可行的心理成长计划；③让患者讲述对疾病新的感受、认知和故事，引导患者告别过去，学习曾经应对困境的成功策略。(3)第3次访谈(出院当天)为教会患者实用的解压技能；引导患者发现生活的点滴美好，深入挖掘背后的意义，改变其消极观念。具体措施：①教会患者练习放松，如深呼吸、“正念冥想”等；②通过每天 10 min 的“心情日记”“即时语音”记录当天发生的点滴好事和感动；③引导患者评估和发现自身的积极变化，注意观察其对情绪和行为产生的影响，及时反馈患者的积极变化。第二阶段为出院后 1、3 个月的第 4、5 次访谈。有研究表明初诊肝癌患者在接受诊断、治疗后，出院后 1、3 个月是患者负性情绪较重、PTG 水平较低的时期^[12-13]。因此，确定患者出院后开展随访的时间节点为出院后 1、3 个月。出院当天与患者及家属约定随访计划，如患者不能来院复诊时访谈则进行电话或微信随访(时间为 15~20 min)。主要是了解患者的心理状态和行为改变情况，鼓励患者将成长付诸实践。运用之前访谈时学会的控制情绪的方法，记录不良生活行为改变的经验及带来的益处，及时调整不良情绪和行为。指导患者保持积极乐观的情绪，给予足够的理解，对于坚持健康的行为生活方式者给予充分肯定。

1.2.2 观察指标

(1)简体中文版 PTG 评定量表(Chinese-posttraumatic growth inventory, C-PTGI)由 TEDESCHI 等编制，汪际等^[14]汉化并修订而来。经研究证实具备良好信效度^[14]。包含 20 个条目，5 个维度(人生感悟、个人力量、新的可能性、与他人关系、自我转变)。采用 Likert 6 级评分法，每个条目均依次计 0~5 分，总分为 0~100 分，条目相加为 PTG 得分，得分越高表示 PTG 水平越高。本研究中该量表的 Cronbach α 系数为 0.852。(2)肝癌患者生活质量量表(Quality of Life Scale for Patients with Liver Cancer, QOL-LC V2.0)由万崇华等^[15]编制，经研究证实具备良好信效度^[16]。共 23 个条目，包括前 22 条(躯体功能、心理功能、症状不良反应、社会支持)以及第 23 条(自我评价)的内容。总分为 0~220 分，得分越高表示生活质量越高。本研究中该量表的 Cronbach α 系数为 0.871。

1.2.3 资料收集

采用纸质问卷或问卷星方式收集资料。在填写前对患者使用统一的指导语，向其介绍填写要求和选择方法，研究者当场逐一检查，确认无漏项、错填等情况后回收问卷。入院第 1 天收集两组患者一般资料。干预前，出院后 1、3 个月评估两组患者 PTG 水平和生活质量。研究资料收集结束后由双人汇总核对、完成数据分析。

1.3 统计学处理

采用 SPSS 26.0 软件进行统计分析。正态分布计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，组间比较采用独立样本 t 检验，非正态分布计量资料以 $M \pm QR$ 表示，组间比较采用非参数检验。计数资料以率表示，组间比较采用 χ^2 检验或秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 一般资料

100 例患者中研究期间有 5 例患者因病情突然恶化中途退出(对照组 3 例，观察组 2 例)，3 例患者因死亡或更换联系方式而失访(对照组 2 例，观察组 1 例)。最终纳入研究对象 92 例，对照组 45 例，观察组 47 例。两组患者性别、年龄、婚姻状况等一般资料比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)，具有可比性，见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较

| 项目 | 观察组 (n=47) | 对照组 (n=45) | $\chi^2/t/Z$ | P |
|--------------------------|------------------|------------------|--------------|-------|
| 性别[n(%)] | | | 0.159 | 0.690 |
| 男 | 42(89.4) | 39(86.7) | | |
| 女 | 5(10.6) | 6(13.3) | | |
| 年龄($\bar{x} \pm s$, 岁) | 55.94 \pm 8.41 | 53.20 \pm 8.59 | 1.544 | 0.126 |
| 婚姻状况[n(%)] | | | 1.349 | 0.804 |
| 未婚 | 0(0.0) | 0(0.0) | | |
| 已婚 | 45(95.8) | 43(95.6) | | |
| 离异 | 1(2.1) | 0(0.0) | | |
| 丧偶 | 1(2.1) | 2(4.4) | | |
| 受教育程度[n(%)] | | | -0.752 | 0.452 |
| 小学及以下 | 9(19.1) | 6(13.3) | | |
| 初中 | 23(49.0) | 22(48.9) | | |
| 高中或中专 | 10(21.3) | 12(26.7) | | |
| 大专 | 4(8.5) | 3(6.7) | | |
| 本科及以上 | 1(2.1) | 2(4.4) | | |
| 主要照顾者[n(%)] | | | 3.646 | 0.471 |
| 配偶 | 34(72.3) | 29(64.5) | | |
| 子女 | 3(6.4) | 2(4.4) | | |
| 父母 | 0(0.0) | 1(2.2) | | |
| 兄弟姐妹 | 4(8.5) | 2(4.4) | | |
| 朋友 | 0(0.0) | 0(0.0) | | |
| 其他 | 6(12.8) | 11(24.4) | | |
| 医疗付费方式[n(%)] | | | 6.936 | 0.074 |
| 自费 | 5(10.6) | 4(8.9) | | |
| 城镇职工医疗保险 | 25(53.2) | 22(48.9) | | |
| 城镇居民医疗保险 | 13(27.7) | 19(42.2) | | |
| 农村合作医疗保险 | 4(8.5) | 0(0.0) | | |
| 治疗方式[n(%)] | | | 2.840 | 0.242 |

续表 1 两组患者一般资料比较

| 项目 | 观察组 (n=47) | 对照组 (n=45) | $\chi^2/t/Z$ | P |
|---------------------|---------------|---------------|--------------|-------|
| | | | | |
| 介入治疗 | 32(68.1) | 23(51.1) | | |
| 外科手术 | 1(2.1) | 2(4.4) | | |
| 综合治疗 | 14(29.8) | 20(44.4) | | |
| 肝癌病程[n(%)] | | | -1.581 | 0.114 |
| <1 个月 | 12(25.5) | 7(15.6) | | |
| 1~6 个月 | 11(23.4) | 6(13.3) | | |
| >6 个月至 1 年 | 6(12.8) | 8(17.8) | | |
| >1~3 年 | 11(23.4) | 16(35.6) | | |
| >3 年 | 7(14.9) | 8(17.8) | | |
| Child-Pugh 分级[n(%)] | | | -0.033 | 0.973 |
| A 级(5~<7 分) | 1(2.1) | 0(0.0) | | |
| B 级(7~<10 分) | 40(85.1) | 40(88.9) | | |
| C 级(10~15 分) | 6(12.8) | 5(11.1) | | |
| 巴塞罗那分期[n(%)] | | | -1.309 | 0.191 |
| 0 期 | 1(2.1) | 4(8.9) | | |
| A 期 | 8(17.0) | 10(22.2) | | |
| B 期 | 15(31.9) | 15(33.3) | | |
| C 期 | 21(44.7) | 12(26.7) | | |
| D 期 | 2(4.3) | 4(8.9) | | |

2.2 干预前后 PTG 水平

两组患者干预前 C-PTGI 总分及各维度得分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);两组患者出院后 1、3 个月 C-PTGI 总分及各维度得分均较干预前明显提高,且观察组患者出院后 1、3 个月 C-PTGI 总分及各维度得分均明显高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

2.3 干预前后生活质量

两组患者干预前生活质量总分及各维度得分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);两组患者出院后 1、3 个月除 QOL-LCV2.0 躯体功能维度得分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)外,总分及心理功能、症状不良反应、社会功能维度得分均较干预前明显改善,且观察组总分及心理功能、症状不良反应,社会功能维度得分改善程度均较对照组更优,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

表 2 两组患者 C-PTGI 总分及各维度得分比较($\bar{x}\pm s$,分)

| 项目 | n | 干预前 | 出院后 | |
|-----|----|-------------|------------|------------|
| | | | 1 个月 | 3 个月 |
| 总分 | | | | |
| 观察组 | 47 | 56.81±8.24 | 68.87±6.24 | 72.77±5.32 |
| 对照组 | 45 | 58.60±10.08 | 59.69±8.81 | 63.22±9.26 |
| t | | -0.935 | 5.747 | 6.025 |

续表 2 两组患者 C-PTGI 总分及各维度得分比较($\bar{x}\pm s$,分)

| 项目 | n | 干预前 | 出院后 | |
|--------|----|------------|------------|------------|
| | | | 1 个月 | 3 个月 |
| P | | 0.352 | 0.000 | 0.000 |
| 人生感悟 | | | | |
| 观察组 | 47 | 18.53±3.26 | 22.00±2.32 | 23.11±1.71 |
| 对照组 | 45 | 18.36±3.64 | 19.00±3.20 | 19.49±3.30 |
| t | | 0.245 | 5.138 | 6.548 |
| P | | 0.807 | 0.000 | 0.000 |
| 个人力量 | | | | |
| 观察组 | 47 | 9.19±1.70 | 11.02±1.61 | 11.55±1.56 |
| 对照组 | 45 | 9.31±1.72 | 9.20±1.46 | 9.78±1.55 |
| t | | -0.336 | 5.687 | 5.477 |
| P | | 0.738 | 0.000 | 0.000 |
| 新的可能性 | | | | |
| 观察组 | 47 | 10.94±1.99 | 13.02±1.54 | 13.21±1.81 |
| 对照组 | 45 | 11.49±2.15 | 11.67±1.40 | 11.53±2.09 |
| t | | -1.280 | 4.413 | 4.136 |
| P | | 0.204 | 0.000 | 0.000 |
| 与他人的关系 | | | | |
| 观察组 | 47 | 8.36±1.90 | 10.60±1.70 | 11.06±1.65 |
| 对照组 | 45 | 9.07±1.71 | 8.87±1.74 | 10.09±1.64 |
| t | | -1.865 | 4.818 | 2.848 |
| P | | 0.065 | 0.000 | 0.005 |
| 自我转变 | | | | |
| 观察组 | 47 | 9.79±2.26 | 12.23±1.72 | 13.83±1.77 |
| 对照组 | 45 | 10.38±2.39 | 10.96±2.37 | 11.89±2.12 |
| t | | -1.218 | 2.966 | 4.766 |
| P | | 0.226 | 0.004 | 0.000 |

表 3 两组患者 QOL-LCV2.0 总分及各维度评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

| 项目 | n | 干预前 | 出院后 | |
|------|----|---------------------------|-------------|-------------|
| | | | 1 个月 | 3 个月 |
| 总分 | | | | |
| 观察组 | 47 | 106.70±9.52 | 124.74±8.51 | 132.77±7.20 |
| 对照组 | 45 | 107.00±14.00 ^a | 114.38±7.71 | 119.42±7.80 |
| t/Z | | -0.860 | -6.112 | -8.523 |
| P | | 0.390 | 0.000 | 0.000 |
| 躯体功能 | | | | |
| 观察组 | 47 | 26.00±6.00 ^a | 29.26±4.33 | 33.00±10.00 |
| 对照组 | 45 | 26.00±7.00 ^a | 27.62±3.80 | 28.53±4.53 |
| t/Z | | -0.502 | -1.936 | -2.424 |
| P | | 0.616 | 0.560 | 0.150 |
| 心理功能 | | | | |

续表 3 两组患者 QOL-LCV2.0 总分及各维度评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

| 项目 | n | 干预前 | 出院后 | |
|--------|----|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| | | | 1 个月 | 3 个月 |
| 观察组 | 47 | 24.00±5.00 ^a | 30.49±3.30 | 33.00±5.00 ^a |
| 对照组 | 45 | 24.00±6.00 ^a | 27.00±6.00 ^a | 28.00±6.00 ^a |
| t/Z | | -0.844 | -5.187 | -5.513 |
| P | | 0.399 | 0.000 | 0.000 |
| 症状不良反应 | | | | |
| 观察组 | 47 | 30.53±4.67 | 30.02±3.18 | 36.17±1.83 |
| 对照组 | 45 | 31.02±5.43 | 32.27±2.42 | 32.98±2.35 |
| t/Z | | 0.465 | -2.971 | -7.282 |
| P | | 0.643 | 0.004 | 0.000 |
| 社会支持 | | | | |
| 观察组 | 47 | 26.00±6.00 ^a | 30.98±3.76 | 34.00±3.00 ^a |
| 对照组 | 45 | 26.00±9.00 ^a | 27.00±8.00 ^a | 31.00±9.00 ^a |
| t/Z | | -0.975 | -2.937 | -3.178 |
| P | | 0.329 | 0.003 | 0.001 |

^a:不服从正态分布,统计描述用 M±QR。

3 讨 论

3.1 基于 THRIVE 模型的 MI 干预有助于提升肝癌患者的 PTG 水平

观察组患者 C-PTGI 总分从干预前的(56.81±8.24)分提高至干预后的(72.77±5.32)分,且出院后 1、3 个月 C-PTGI 总分及各维度得分均明显高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$),表明基于 THRIVE 模型的 MI 干预有助于提升肝癌患者的 PTG 水平,与邱思等^[17]研究结果一致。分析原因:(1)通过每天 10 min 的“心情日记”或“即时语音”的方式,记录身边的点滴好事和感动,可培养患者积极向上的品质,拥有新的人生哲学态度^[18];(2)利用小视频和微信推文分享肝癌幸存者的励志故事,树立患者抗癌信心,培育希望感;(3)鼓励患者对比自身行为和情绪的前后变化,对其积极改变给予肯定和反馈,从而促进患者的自我转变和心理成长。随着时间的推移,PTG 与病程呈正相关^[19]。本研究中,与病程较短的肝癌患者相比,病程较长的肝癌患者对疾病的认知更积极、对疾病的接受程度更高、PTG 水平更高。本研究发现给予手术治疗的早期肝癌患者因疾病的严重程度较轻,对预后较乐观,PTG 水平较高,而给予介入、综合治疗的中晚期肝癌患者因受疾病本身症状及治疗不良反应带来的身心痛苦、经济负担加重、疾病的预后危机感等影响,故 PTG 水平较低。MI 干预可以帮助早期肝癌患者利用现有的积极心理资源,重建对自我和生活的全新认知;还能帮助中晚期肝癌患者正确认识疾病、调节负面情绪,增强疾病适应力,从而使 PTG 水平进一步提高。HUANG 等^[20]给予观察

组 MI 干预后,两组肺癌术后患者的 PTG 水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。究其原因,可能是以 THRIVE 模型为理论框架,将积极正向的理念贯穿于访谈全程,更加有利于患者从消极情绪的控制转变为积极情绪的建立,从而促进患者创伤后正性品质的发展^[21]。因此,提示医护人员应结合肝癌患者所处的心理时期,考虑病程、治疗方法的不同,采取针对性 MI 干预措施,调动患者的主观能动性,帮助挖掘更多的正性心理资源,使其收获更多的成长。

3.2 基于 THRIVE 模型的 MI 干预有助于改善肝癌患者的生活质量

近年来,生活质量作为评价癌症疗效的三大终点指标之一而备受关注^[22]。本研究结果显示,观察组患者出院后 1、3 个月生活质量、心理功能、症状不良反应、社会功能得分均明显高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$),表明基于 THRIVE 模型的 MI 干预有助于改善肝癌患者的生活质量。然而,两组患者出院后 1、3 个月躯体功能维度得分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),分析原因可能与样本量较少且干预时间较短、肝癌本身及治疗有关的躯体症状反复出现有关。本研究侧重于通过认知和心理方面提高肝癌患者的 PTG,对其躯体症状的改善尚不明显。通过 MI 干预,患者通过改变不良生活习惯和不良嗜好(如熬夜、抽烟、喝酒等),拥有健康的生活方式^[23];主动了解肝癌的基本知识和最新治疗进展,提高疾病认知水平和治疗依从性;还鼓励其家属参与访谈,增强患者的家庭社会支持系统,让患者感受到支持和包容,帮助调整心态,促进肝癌患者心理康复和生活质量的改善。因此,提示医护人员应结合肝癌患者实际情况,综合考虑生理、心理及社会家庭等多个方面来制定针对有效的干预措施,以改善肝癌患者的生活质量。

综上所述,实施基于 THRIVE 模型的 MI 干预可有助于提高患者的 PTG 水平,改善心理状态和生活质量。但本研究干预的远期效果尚有待于研究,后续考虑开展大样本多中心研究,以进一步探讨 MI 的应用价值。

参考文献

[1] WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Cancer report 2020[EB/OL]. [2021-11-27] (2020-12-20). https://www.iarc.fr/cards_page/world-cancer-report/.

[2] GRAF J, STENGEL A. Psychological burden and Psycho-Oncological interventions for patients with hepatobiliary Cancers-A systematic review[J]. Front Psychol, 2021, 12: 662777.

[3] TEDESCHI R G, SHAKEAPEARE-FINCH J,

- TAKU K, et al. Posttraumatic Growth. Theory, Research, and Applications[M]. Abingdon, Oxon:Routledge,2018:1-4.
- [4] MENGER F, MOHAMMED H A, RIMMER B, et al. Post-traumatic growth after cancer: a scoping review of qualitative research[J]. Support Care Cancer, 2021, 29(11):7013-7027.
- [5] 郭慧云, 刘彬, 卫莉. 消化系统恶性肿瘤患者创伤后成长的研究进展[J]. 中国护理管理, 2020, 20(3):442-446.
- [6] FREY A J, LEE J, SMALL J W, et al. Mechanisms of motivational interviewing: a conceptual framework to guide practice and research[J]. Prev Sci, 2021, 22(6):689-700.
- [7] BRANDBERG C, EKSTEDT M, FLINK M. Self-management challenges following hospital discharge for patients with multimorbidity: a longitudinal qualitative study of a motivational interviewing intervention[J]. BMJ Open, 2021, 11(7):e046896.
- [8] LUKASCHEK K, SCHNEIDER N, SCHELLE M, et al. Applicability of motivational interviewing for chronic disease management in primary care following a Web-Based E-Learning course: Cross-Sectional study[J]. JMIR Ment Health, 2019, 6(4):e12540.
- [9] EHRLICH O, BRANDOFF D, GORMAN D P, et al. Nurse-Led motivational interviewing for setting functional cancer pain goals [J]. Pain Manag Nurs, 2021, 22(6):716-723.
- [10] GÖNDEREN, ÇAKMAK H S, KAPUCU S. The effect of educational Follow-Up with the motivational interview technique on Self-Efficacy and drug adherence in cancer patients Using Oral chemotherapy treatment: a randomized Controlled Trial[J]. Semin Oncol Nurs, 2021, 37(2):151140.
- [11] 约瑟夫. 杀不死我的必使我强大: 创伤后成长心理学[M]. 北京: 北京联合出版公司, 2016: 170-204.
- [12] 于晓磊, 李琰. 延续护理对原发性肝癌术后患者心理状态、疼痛及睡眠的影响[J]. 中国数字医学, 2020, 15(8):151-153.
- [13] 刘恋蕊, 周利华, 乔晓斐. 原发性肝癌术后患者创伤后成长现状及影响因素分析[J]. 护理学报, 2021, 28(24):6-11.
- [14] 汪际, 陈瑶, 王艳波, 等. 创伤后成长评定量表的修订及信效度分析[J]. 护理学杂志, 2011, 26(14):26-28.
- [15] 万崇华, 方积乾, 张灿珍, 等. 肝癌患者生存质量测定量表的制定与考评[J]. 中国行为医学科学, 1998, 7(3):170-173.
- [16] WAN C, FANG J, YANG Z, et al. Development and validation of a quality of life instrument for patients with liver cancer QOL-LC[J]. Am J Clin Oncol, 2010, 33(5):448-455.
- [17] 邱思, 岑俏丹, 许惠明, 等. 动机性访谈对截瘫病人创伤后成长状况的影响[J]. 全科护理, 2017, 15(4):433-435.
- [18] HAUKEN M A, GRUE M, DYREGROV A. "It's been a life-changing experience!" A qualitative study of young adult cancer survivors' experiences of the coexistence of negative and positive outcomes after cancer treatment[J]. Scand J Psychol, 2019, 60(6):577-584.
- [19] 胡茂娟, 严颖琦, 吴琛, 等. 肝癌术后患者心理弹性水平调查及与生存质量、应对方式和创伤后成长的相关性分析[J]. 现代生物医学进展, 2021, 21(20):3888-3892.
- [20] HUANG F F, YANG Q, ZHANG J, et al. A self-efficacy enhancing intervention for pulmonary rehabilitation based on motivational interviewing for postoperative lung cancers patients: modeling and randomized exploratory trial[J]. Psychol Health Med, 2018, 23(7):804-822.
- [21] RASHIDI E, MORDA R, KARNILOWICZ W. "I will not be defined by this. I'm Not Going to live like a victim; it is not going to define my Life": exploring breast cancer survivors' experiences and sense of self[J]. Qual Health Res, 2021, 31(2):349-360.
- [22] NERIS R R, NASCIMENTO L C, LEITE A, et al. The experience of health-related quality of Life in extended and permanent cancer survivors: a qualitative systematic review[J]. Psychooncology, 2020, 29(10):1474-1485.
- [23] KIM H, SON H. Moderating effect of posttraumatic growth on the relationship between social support and quality of Life in colorectal cancer patients with ostomies[J]. Cancer Nurs, 2021, 44(3):251-259.