

全科团队工作模式对肿瘤患者晚期生活质量的影响

吴晓璇¹, 吴 军² (1. 广东省深圳市西乡人民医院共乐社康中心 518102; 2. 南方医科大学南方医院肿瘤科, 广州 510515)

【摘要】 目的 分析在全科团队模式下心理治疗与行为干预对于肿瘤患者生活质量的影响。方法 选取肿瘤患者 230 例, 分成干预组和对照组各 115 例。通过社会支持评定量表对患者的社会支持能力进行评分。给予对照组患者常规镇痛治疗和常规康复锻炼治疗, 干预组患者在常规治疗的基础上给予心理治疗。结果 在全科团队模式下进行心理治疗后, 干预组在主观支持、客观支持、社会支持度总分和对支持利用度比对照组有明显改善, 两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 在全科团队模式下, 肿瘤患者的生活质量有了显著提高, 适合在各社区推广和应用。

【关键词】 全科团队工作模式; 肿瘤; 社会支持能力; 生活质量

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.14.044 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2014)14-1988-02

随着生物医学模式向生物-心理-社会医学模式的转变, 人们越来越关心心理因素在肿瘤的形成、恶化中所起的作用。实践证实了负面的心理因素是导致肿瘤形成, 加速肿瘤恶化的重要因素^[1-2]。肿瘤科专家们都认为在肿瘤治疗中, 应该以提高患者生命质量为主要目的, 那么, 多学科的综合治疗模式——全科团队模式, 是最优选的治疗模式, 其中心理治疗是肿瘤患者后期康复的重要内容, 在肿瘤的治疗中起重要作用^[3]。本研究选取深圳 40 个社区的 230 例肿瘤患者, 调查这些患者对自己病情预后所持的态度, 对自己生活质量的要求, 以确定他们的社会及心理健康水平, 分析全科团队模式下的心理治疗对肿瘤患者对病情预后的认识态度及其生活质量的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择深圳 40 个社区肿瘤患者 230 例为研究对象, 入选标准: (1) 细胞学或病理学诊断出恶性肿瘤; (2) 年龄大于或等于 18 岁; (3) 无认知障碍; (4) 抗癌治疗已完成 2 个月以上; (5) 生存期预计在 100 d 以上; (6) 患者及家属自愿签署研究同意书。排除标准: (1) 有严重视听障碍无法完成问卷者; (2) 有精神疾病史者; (3) 有精神疾病家族史者。将以上患者分

成两组, 其中干预组 115 例, 男 69 例, 女 46 例; 年龄 20~80 岁, 平均 (45±2.4) 岁; 其中 1 例失访, 3 例未完成干预, 共 111 例。对照组 115 例中男 65 例, 女 50 例; 年龄 21~82 岁, 平均 (45.0±2.8) 岁; 其中 2 例死亡, 共 113 例。两组患者性别、年龄、文化程度等一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性, 见表 1。

1.2 调查方法 (1) 患者资料调查问卷。资料调查包括患者姓名 (不愿意透露姓名者可以不填)、性别、年龄、原职业、学历、家庭情况、诊断时间。(2) 症状自评量表。该量表包括生理性、人际关系敏感、偏执、强迫症状、敌对、恐怖、精神病性、焦虑、抑郁等 9 类症状, 分 0、1、2、3、4 共 5 级评分, 各症状效度系数为 0.78~0.98。可以较为准确地对患者自觉症状情况进行评估, 从各个方面反映出患者心理健康情况, 得分高则心理健康水平低。(3) 简明健康状况调查表。此表用于肿瘤患者生存质量的测定以及研究实验效果的最终评价, 从生理机能、一般健康状况、躯体疼痛、个人精力、心理健康、情感职能和社会功能等方面概括肿瘤患者的生存质量。分值 0~100 分, 分值越高说明生活质量越高。

表 1 两组患者一般资料比较 ($n=115$)

组别	年龄(岁)		性别		教育程度			肿瘤种类					病程时间(年)			治疗措施					
	<60	≥60	男	女	大学及以上	高中	初中及以下	直肠癌	结肠癌	乳腺癌	胃癌	其他	<5	5~10	>10	手术	化疗	放疗	手术及化疗	手术及放疗	
干预组	52	63	69	46	35	62	18	29	29	21	25	11	28	51	36	20	19	15	45	16	
对照组	53	62	65	50	36	63	16	31	28	18	24	14	24	53	38	21	18	14	44	18	
χ^2	0.05		1.58		0.90			2.79					1.54			1.69					
P	>0.05		>0.05		>0.05			>0.05					>0.05			>0.05					

1.3 研究方法 初次随访对患者的一般资料进行调查, 填写简明健康状况调查表、症状自评量表。对照组给予常规治疗, 干预组在常规治疗的基础上给予心理治疗。9 个月后对两组患者采用简明健康状况调查表、症状自评量表进行再次评分。心理治疗内容包括: (1) 在全科团队工作模式下建立心理干预组。把干预组患者分成 6 个活动小队, 按照病种进行划分, 每小队有 15~20 例患者。(2) 一般疗法。日常康复过程中, 通过倾听、劝慰、建议、启发、激励对患者的疑虑进行消除, 和患者建立良好的关系, 帮助患者建立治疗的信心。(3) 情感引导疏泄。通过和全科护士、医生沟通, 缓和患者情绪。(4) 行为治疗。瑜

伽和太极拳都是非常好的方法, 通过意念的引导配以轻音乐, 以达到松弛肌肉的目的。而在肌肉放松的训练中, 用意念想象患者体内力量正在遏制肿瘤细胞的生长, 患者免疫力得到提升。(5) 认知疗法。针对每个患者的不同情况, 给予相关的健康教育手册, 并为其耐心讲解相关的内容、评价个体的接受程度, 改变负面认知, 消除其负面情绪。(6) 每个月至少干预 1 次。

1.4 统计学方法 采用 SPSS13.0 软件进行统计分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 入院初期患者社会支持度得分情况 肿瘤患者社会支持得分(30.38±4.10)分低于常模水平(34.56±3.73)分,差异有统计学意义($P<0.01$)。

2.2 全科团队工作模式心理干预对患者社会支持度的影响 见表 2。全科团队模式下心理治疗干预组和对照组相比,干预后比干预前的社会支持度总分、客观支持、主观支持、支持利用度均明显改善,差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.3 干预后两组生命质量得分比较 见表 3。干预后干预组患者在躯体疼痛、生理功能、总体健康、情感职能、活力和精神健康等各维度得分均明显高于对照组,差异有统计学意义

($P<0.05$)。

表 2 两组在干预前、后社会支持度评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	社会支持	主观支持	客观支持	支持利用
干预组 干预前	30.41±3.90	20.21±2.30	7.10±3.29	4.78±4.68
干预后	44.31±5.36*	26.11±2.80*	10.32±3.62*	8.98±5.18*
对照组 干预前	29.35±3.56	19.88±2.11	6.98±3.88	4.67±4.55
干预后	30.19±5.32 Δ	19.10±1.37 Δ	6.13±2.66 Δ	4.55±4.65 Δ

注:与干预前比较,* $P<0.05$;与干预组干预后比较, $\Delta P<0.05$ 。

表 3 干预后两组生命质量得分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	躯体疼痛	生理功能	活力	总体健康	情感功能	心理健康	社会功能
对照组	67.10±13.57	53.46±14.66	41.15±11.42	45.45±11.23	47.23±15.98	44.89±16.58	50.63±15.11
干预组	71.00±16.54	65.71±15.13	44.26±8.99	49.26±19.32	63.87±16.99	50.98±16.59	52.41±18.99
<i>t</i>	2.11	5.56	2.19	2.11	7.03	2.41	0.68
<i>P</i>	<0.05	<0.05	<0.05	<0.01	<0.01	<0.05	>0.05

3 讨 论

心理健康测定表明,肿瘤患者的心理健康状况明显降低,并且存在明显的焦虑以及抑郁等不良心理障碍,也存在着人际关系方面的问题^[4]。患者经确诊为肿瘤后,他的生活方式发生了巨大的改变,也丧失了正常的工作能力,生活目标变得缺失,这些方面导致肿瘤患者生理、心理、社会各方面的承受能力明显下降,过去的人际关系也难以维持,进一步影响患者对于疾病的反应能力,比如否认、恐惧、焦虑、愤怒、抑郁等。肿瘤无疑是极为严重的疾病,对患者生理、心理和社会能力都具有极大影响^[5]。研究表明,患者的心理状态和生存质量有密切的联系,积极有效的心理治疗可以提高患者生存质量^[6]。心理干预能够帮助患者达到并维护生理、情感、精神、职业和社会行为能力处于最良好状态,获得最高的生存质量^[7]。以全科团队模式为主体开展心理卫生服务,主要是对肿瘤患者采取心理治疗,在国际上,此方案已经开始实施^[8]。有学者对上海市某社区的 2 525 例癌症患者进行调查,结果表明,这些患者抑郁总发生率为 23.3%,而国外学者 Zabora 对 14 种癌症总计 4 996 例患者调查显示,抑郁发生率为 35.1%^[9]。可见生活质量主要由生理、心理以及社会等各个方面因素决定。对恶性肿瘤患者,提高其生活质量就是一个非常重要的问题,目前,已经证实生活质量是癌症的一项独立预后因素。本研究通过相应的服务平台,在全科团队工作模式下,由全科护士、医生、心理咨询师组建了专门的服务小组,给予肿瘤患者相应的心理治疗。本研究结果显示,入院初期肿瘤患者社会支持得分(30.38±4.10)分低于常模水平(34.56±3.73)分,差异有统计学意义($P<0.01$),全科团队工作模式下心理治疗干预组和对照组相比,干预后比干预前社会支持度总分、客观支持、主观支持、支持利用度均明显改善,差异有统计学意义($P<0.05$)。干预治疗中,全科医生、护士、心理咨询师等以各种方式提供情感和信息支持,让患者更愿意从医护人员处获得信息支持,整个团队是患者及其家庭的一个支持^[10]。同时,病友间相互支持效果也是显著的,康复病友的现身说法,可以有效使患者增强对抗疾病的信心,吸取经验,克服负面情绪,树立战胜疾病的信心。

综上所述,在全科团队工作模式下,肿瘤患者的社会支持水平有了显著改善,生活质量得到提高,适合在社区推广。

参考文献

- [1] Adams E, Boulton MG, Horne A. The effects of pelvic radiotherapy on cancer survivors: symptom profile, psychological morbidity and quality of life[J]. Clin Oncol (R Coll Radiol), 2013, 26(1): 10-17.
- [2] Pittermann A, Giunta RE, Kamolz L. Psychological aspects of breast reconstruction after breast cancer [J]. Handchir Mikrochir Plast Chir, 2013, 45(4): 235-239.
- [3] 陈红, 徐蕾, 张萍. 老年肿瘤患者心理问题分析与护理对策研究[J]. 现代生物医学进展, 2011, 11(24): 4951-4954.
- [4] 马肖男, 陈丽丽, 张留军. 喉癌患者合并抑郁症影响因素分析及对策[J]. 现代生物医学进展, 2011, 11(21): 4171-4174.
- [5] 严玲, 张艳, 沈福杰. 社区肿瘤患者心理支持需求调查[J]. 中国公共卫生管理, 2010, 26(5): 528-530.
- [6] 蔡雄, 曾雪葵. 广州市白云区社区肿瘤随访人员现况分析[J]. 临床医学工程, 2012, 19(8): 1397-1399.
- [7] 董仓荣. 社区肿瘤患病情况分析及其预防[J]. 中华全科医学, 2012, 10(4): 604-606.
- [8] 周建红, 常伟, 张赵红. 社区肿瘤患者生活质量影响因素调查[J]. 社区医学杂志, 2009, 7(3): 16-20.
- [9] Kim JM, Jang JE, Stewart R. Determinants of suicidal ideation in patients with breast cancer [J]. Psychooncology, 2013, 22(12): 2848-2856.
- [10] Bunevicius A, Tamasauskas S, Deltuva V. Psychological distress symptoms' clusters in brain tumor patients: factor analysis of depression and anxiety scales [J]. Psychooncology, 2013, 22(12): 2860-2863.