

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2018.07.031

团体心理关爱治疗对宫颈癌患者心理状态及自我效能的影响

叶道丽,汪秀云,许辉琼,刘霞

(四川大学华西医院肿瘤中心腹部肿瘤科,成都 610041)

摘要:目的 评价团体心理关爱治疗对宫颈癌患者心理状态及自我效能的影响。方法 选取该院 2016 年收治的 62 例宫颈癌患者作为研究对象,按入院日期分为团体关爱组与对照组,每组各 31 例,对照组给予常规护理模式,团体关爱组给予团体心理关爱治疗,比较两组患者的干预效果。结果 干预后,团体关爱组患者焦虑自评量表、抑郁自评量表评分均优于对照组;团体关爱组患者自我效能总分及 4 个维度得分均优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);团体关爱组患者功能量表各项评分均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);团体关爱组症状量表各中各项目评分均低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 团体心理关爱治疗有助于改善宫颈癌患者的不良情绪,提高患者自我效能及生活质量,值得临床推广应用。

关键词:宫颈癌; 团体心理关爱治疗; 抑郁; 焦虑; 自我效能

中图法分类号:R473.73

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2018)07-0987-04

宫颈癌是发病率较高的女性恶性肿瘤之一,近年来,宫颈癌发病率持续走高,发病年龄逐渐变小,对女性的身心健康构成严重危害^[1]。虽然随着医疗水平的进步,宫颈癌患者的生存时间明显延长,但在患病后因患者存在抑郁、焦虑等负面情绪,导致自我管理效能下降,致使生活质量明显降低,对患者的治疗产生了极为不利的影响^[2]。因此,在采取有效方法积极治疗的同时,关注患者的情绪变化,提高其自我管理效能,对于改善患者的生活质量,提高治疗效果具有重要意义。本研究对宫颈癌患者进行团体心理关爱模式的治疗,取得了较好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年本院收治的 62 例宫颈癌患者作为研究对象,按照随机数字表法分成团体关爱组和对照组,每组各 31 例。团体关爱组平均年龄(49.37 ± 4.26)岁;病理类型:鳞癌 19 例(61.29%),腺癌 12 例(38.71%);肿瘤大小: < 2 cm 13 例(41.94%), $2 \sim 3$ cm 18 例(58.06%);病理分型:I a 期 6 例(19.35%),I b 期 10 例(32.26%),II a 期 15 例(48.39%)。对照组平均年龄(50.07 ± 4.18)岁;病理类型:鳞癌 20 例(64.52%),腺癌 11 例(35.48%);肿瘤大小: < 2 cm 12 例(38.71%), $2 \sim 3$ cm 19 例(61.29%);病理分型:I a 期 7 例(22.58%),I b 期 10 例(32.26%),II a 期 14 例(45.16%)。两组患者年龄、疾病分期、病理分型等一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究经院伦理委员会批准,所有患者均签署知情同意书。

1.2 纳入及排除标准

1.2.1 纳入标准 年龄 18~70 岁;初次诊断为宫颈癌;行子宫广泛性切除术术后化疗者;无痴呆或其他精神障碍疾病;自愿参与及配合医务人员的指导和安排。

1.2.2 排除标准 性格极端或有精神障碍或严重心理障碍者;器官功能障碍或衰竭;言语交流障碍;入组前 3 周参加过其他临床研究;资料缺失,无法评估疗效者。

1.3 方法 两组患者均采用子宫广泛性切除术,术后行化疗治疗。其中对照组化疗期间给予常规的护理指导,包括饮食指导、日常生活指导、康复指导、心理疏导以及健康知识指导等^[3]。团体关爱组给予团体心理关爱治疗,具体措施如下:(1)成立团体心理关爱小组。纳入二级心理治疗师 1 名,主治医师 1 名,副主任护师 1 名,6 名护士为小组成员,所有入组成员均自愿参加本研究,且为经过系统的团体心理关爱培训合格者。(2)干预措施。第 1 次,62 例患者及小组成员相互认识,建立基本的信任关系;讨论建立团体规范及团体目标,引导患者讲述在患病后与疾病抗争的历程,主动说出目前困扰的问题,一起找出其情绪困扰或自我管理效能下降的表现及原因并加以分析,由小组成员对患者的情况进行详细记录;对小组成员进行分组,每名护士负责 10 例患者,采用“一对一”的方法进行问卷调查,对患者实行评估,充分了解患者躯体、认知、行为、情感及社会关系,运用认知-行为压力管理法,对患者作出正确的指导,取得家属的支持与配合。干预时间:建立基本信任关系 40 min,讨论团体目标 60 min,正确指导 60 min。第 2 次,解说合理情绪疗法关于情绪的 ABC 理论,使宫颈癌患者领悟到不合理信念会引起情绪困扰和自我效能下降。确认不合理信念时,要抓住典型特征,并与患者的不良情绪和自我效能反应联系在一起。重点把握患者的期望值达到动态平衡,根据患者的实际情况制订合理的治疗目标,干预时间为 120 min。第 3 次,二级心理治疗师引导小组成员运用苏格拉底辩证法或巴林特小组减压法让患者讲述自己的观点,然后依照患者

的观点进一步推理,引出谬误,从而使其认识到思想中不合理的地方,并主动加以矫正,以便更好地提高自我效能,改善生活质量。成立宫颈癌康复俱乐部,每月举行 1 次活动,活动内容包括知识竞赛、户外联谊或小型讲座形式,增加患者之间的交流机会,并由小组成员在活动中设定时间对患者进行团体宣教及效果反馈。干预时间,二级心理治疗师指导 150 min;宫颈癌患者俱乐部 180 min。

1.4 观察指标及疗效评价

1.4.1 心理应激反应 采用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)^[4]进行测评。其中 SDS 共 20 个项目,4 级评分,53~62 分为轻度抑郁,>62~72 分为中度抑郁,72 分以上为重度抑郁;SAS 共 20 个项目,4 级评分,50~59 分为轻度焦虑,>59~70 分为中度焦虑,70 分以上为重度焦虑。SAS 量表的 Cronbach's α 系数为 0.892。SDS 量表的 Cronbach's α 系数为 0.875。

1.4.2 自我管理效能 采用王才康等^[5]翻译修订的汉化版量表,其 Cronbach's α 系数为 0.873。量表共包含 11 条题目,采用 1~5 级评分法,总分为各条目分数之和,分数越高,表明自我效能感越好。该问卷测得内容效度指数分别为 0.83 和 0.91。

1.4.3 生活质量 采用欧洲癌症治疗组织编制的生存质量问卷(QLQ-C30)评价食管癌患者的生存质量^[6]。按 QLQ-C30 量表分为功能性项目及症状性项目,其中功能性项目包括总体健康状况、躯体功能、情

感功能、社会功能、认知功能和角色功能等 6 项指标,得分越高表示生存质量越好;症状性项目包括疲乏、疼痛、恶心呕吐、呼吸困难、失眠、食欲降低、便秘、腹泻等指标。

1.5 统计学处理 采用 SPSS18.0 软件包进行数据分析和处理,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用独立样本 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者干预前后 SAS、SDS 评分比较 干预前,两组患者 SAS、SDS 评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,团体关爱组 SAS、SDS 评分较对照组评分降低幅度更大,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

2.2 自我效能评分在两组患者干预前后的比较 干预前,两组患者自我效能评分均差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,两组患者自我效能各向评分均优于干预前,且团体关爱组优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

2.3 QLQ-C30 评分在两组患者干预前后的比较 干预前,两组患者总体健康状况、功能量表、症状量表及 6 个单项测量项目的得分差异均无统计学意义($P>0.05$);干预后,团体关爱组患者总体健康状况、功能量表各项评分均高于对照组;团体关爱组症状量表中各指标评分、6 个单项测量项目各指标评分均低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

表 1 两组患者干预前后 SAS、SDS 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	干预前		<i>t</i>	<i>P</i>	干预后		<i>t</i>	<i>P</i>
		SAS 评分	SDS 评分			SAS 评分	SDS 评分		
团体关爱组	31	48.85±6.37	50.27±7.54	0.905	>0.05	22.74±8.33	36.63±8.94	4.467	<0.05
对照组	31	45.77±8.41	48.62±8.09	1.023	>0.05	32.07±6.98	40.32±8.46	4.467	<0.05

表 2 自我效能评分在两组患者干预前后的比较($\bar{x}\pm s$,分)

指标	干预前		<i>t</i>	<i>P</i>	干预后		<i>t</i>	<i>P</i>
	团体关爱组	对照组			团体关爱组	对照组		
自护技能	21.71±3.90	22.02±3.68	0.768	>0.05	30.68±4.60	26.02±4.18	6.563	<0.05
自护责任感	14.62±3.50	14.49±3.41	0.793	>0.05	23.05±2.98	18.28±3.06	5.467	<0.05
自我概念	17.26±2.72	18.20±2.68	0.582	>0.05	26.58±3.05	22.23±2.85	10.057	<0.05
健康知识	42.15±4.07	40.22±4.04	0.825	>0.05	52.27±4.15	48.71±3.54	4.620	<0.05
总分	96.32±11.61	99.70±10.52	1.042	>0.05	128.62±10.34	114.27±9.61	7.930	<0.05

表 3 QLQ-C30 评分在两组患者干预前后的比较($\bar{x}\pm s$,分)

指标	干预前		<i>t</i>	<i>P</i>	干预后		<i>t</i>	<i>P</i>
	团体关爱组	对照组			团体关爱组	对照组		
功能性项目								
躯体机能	42.56±11.37	41.82±10.92	-0.973	>0.05	68.79±14.03	60.48±14.93	3.251	<0.05

续表 3 QLQ-C30 评分在两组患者干预前后的比较(±s,分)

指标	干预前		<i>t</i>	<i>P</i>	干预后		<i>t</i>	<i>P</i>
	团体关爱组	对照组			团体关爱组	对照组		
角色功能	22.42±12.36	23.53±11.79	0.836	>0.05	53.49±15.79	45.03±20.67	5.082	<0.05
认知功能	45.24±9.85	42.79±10.28	-1.240	>0.05	88.81±16.46	73.33±16.50	5.893	<0.05
情绪功能	39.81±10.51	38.22±7.61	-0.934	>0.05	86.48±9.63	68.30±16.41	6.096	<0.05
社会功能	11.29±5.64	10.38±4.37	-1.023	>0.05	36.17±10.05	26.36±8.74	4.497	<0.05
总体健康状况	26.36±8.72	27.03±1.27	0.789	>0.05	85.03±11.85	72.41±9.12	5.592	<0.05
症状性项目								
疲乏	52.85±14.56	50.81±14.25	0.795	>0.05	23.55±9.32	33.85±10.68	4.252	<0.05
疼痛	32.43±19.05	33.89±20.14	1.035	>0.05	16.52±19.11	25.38±16.74	5.184	<0.05
恶心呕吐	38.51±13.64	39.41±13.56	0.895	>0.05	32.29±9.63	33.47±11.39	1.372	>0.05
呼吸困难	36.68±22.48	37.96±21.87	0.843	>0.05	19.83±20.09	28.56±19.42	3.572	<0.05
失眠	32.71±20.05	31.38±20.46	1.006	>0.05	12.54±8.19	21.08±18.11	3.095	<0.05
食欲降低	57.95±21.74	59.15±22.39	1.322	>0.05	25.93±18.30	32.87±17.06	3.329	<0.05
便秘	39.30±16.95	40.35±18.85	0.874	>0.05	35.02±10.24	36.52±10.39	1.096	>0.05
腹泻	33.85±15.22	34.09±16.47	0.978	>0.05	30.07±3.35	31.41±3.07	1.195	>0.05

3 讨 论

宫颈癌是严重威胁女性健康的主流疾病,据世界卫生组织国际部研究中心最新统计数据显示,我国每年新增宫颈癌患者约 12.9 万,已成为我国妇女死亡的主要原因之一,且近年来发病率持续走高,发病年龄逐渐变小^[7]。所以,宫颈癌治已成为威胁广大妇女健康及生命安全的主流疾病。王国莲等^[8]研究显示,团体活动式延续护理对宫颈癌患者自我效能起到明显促进作用,且有效缓解患者的心理压力,减少患者不良情绪的发生。吕亚等^[9]报道显示,Orem 自理理论可改善化疗宫颈癌患者的情绪,提高自我护理能力,对于促进患者回归社会具有积极意义。因此,积极有效的护理干预对宫颈癌患者的康复具有积极影响。

本研究结果显示,干预前两组患者 SAS、SDS 评分均较高,表明宫颈癌患者均存较严重的焦虑、抑郁情绪;而干预后,两组患者 SAS、SDS 评分均较干预前明显降低,差异有统计学意义($P<0.05$),表明在接受化疗及健康指导等常规干预后,宫颈癌患者的情绪得以改善。而采用团体心理关爱治疗后,团体关爱组患者焦虑、抑郁情绪改善优于对照组,表明团体心理关爱治疗对于改善宫颈癌患者的情绪具有明显效果。干预后,团体关爱组患者自我效能总分及 4 个维度得分均优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);且团体关爱组患者功能量表各项评分均高于对照组;团体关爱组症状量表中各项目评分均低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。主要原因:(1)团体心理关爱治疗能够针对群体共同存在的问题同时进行干预^[10],并通过逻辑分析,让患者了解自己的非理性认

知;同时给予情感和信念的支持,加强生理、心理健康理念的知识宣教,建立良好的互信关系,通过沟通让患者学会用新的态度和行为代替非理性的认知,从而有效缓解患者的不良情绪。(2)团体心理关爱治疗通过建立与患者之间的信任关系,成立团体规范,拟定团体目标,然后让患者认识到情绪困扰和行为不适与消极信念之间的关系,并综合运用苏格拉底辨证法、合理情绪想象技术,纠正患者的非理性观念,代之以合理信念,重建患者的认知、情绪和行为模式,从而使患者能够积极应对自身的情绪困扰和压力事件,提高了自我效能,最终减轻患者的躯体不适,改善各项功能,并提高生活质量。

综上所述,团体心理关爱治疗有助于改善宫颈癌患者的不良情绪,提高患者自我效能及生活质量,值得临床借鉴和推广。

参考文献

[1] 李秀,杨姗姗,安然,等.宫颈液基薄层细胞学检测(TCT)联合阴道镜在筛查宫颈癌前病变中的价值[J].中国实验诊断学,2013,17(9):1644-1647.

[2] 傅燕萍,罗慧琴.针对性预防护理干预对行根治手术宫颈癌患者负面情绪、自我护理能力及并发症的影响[J].全科医学临床与教育,2017,15(1):105-107.

[3] 高平.护理延伸服务在改善宫颈癌手术出院患者自我护理能力中的应用[J].实用临床医药杂志,2016,20(12):101-104.

[4] TRAN U S,STIEGER S,VORACEK M. Psychometric analysis of Söther's social desirability scale(SDS-17):an item response theory perspective[J]. Psychol Rep,2012,111(3):870-884.

[5] 王才康,胡中锋,刘勇.一般自我效能感量表的信度和效

- 度研究[J]. 应用心理学, 2001, 7(1): 37-41.
- [6] 郭娜娜, 王黎明, 初慧君, 等. 保留盆腔自主神经广泛性子宫切除术对早期宫颈癌患者术后膀胱功能及性生活质量的影响[J]. 山东医药, 2017, 57(1): 88-90.
- [7] CHIOU S T, WU C Y, HURNG B S, et al. Changes in the magnitude of social inequality in the uptake of cervical cancer screening in Taiwan, a country implementing a population-based organized screening program[J]. Int J Equity Health, 2014, 13(1): 4-10.
- [8] 王国莲, 林铃, 陈运群, 等. 团体活动式延续护理对宫颈癌
- 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2018.07.032
- 患者抑郁和自我效能的影响[J]. 临床与病理杂志, 2016, 36(8): 1129-1133.
- [9] 吕亚, 吕霞娟. Orem 自理理论在宫颈癌术后化疗患者中的效果观察[J]. 护理实践与研究, 2015, 12(2): 58-59.
- [10] 陈静, 龙德蓉, 俞劲, 等. 团体心理治疗对妇科肿瘤化疗患者焦虑、抑郁及自尊水平的影响[J]. 护理研究, 2014, 28(5): 566-567.
- (收稿日期: 2017-09-21 修回日期: 2017-11-19)

基于健康意识理论的指导对白内障患者的影响

安靓琪¹, 林小敏²

(四川大学华西医院: 1. 眼科; 2. 精神科, 成都 610041)

摘要:目的 探讨基于健康意识理论的指导对白内障患者疾病知识掌握程度及满意度的影响。方法 选取 2016 年该院精神卫生科住院治疗的 156 例白内障患者作为研究对象, 随机分成对照组和研究组, 每组各 78 例, 对照组给予常规护理及健康教育, 研究组给予基于健康意识理论为指导的健康教育, 应用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)分别于干预前及干预 3 个月后对两组患者进行测试, 同时在干预前后对患者疾病知识掌握程度以及满意度进行比较。结果 干预后, 研究组患者 SAS、SDS 评分、疾病知识、态度及行为认知得分均优于干预前及对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 研究组满意度高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 基于健康意识理论的指导可以改善老年白内障患者的不良情绪, 提高疾病知识掌握程度及护理满意度。

关键词:白内障; 健康教育; 满意度; 疾病知识

中图法分类号:R776.1 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2018)07-0990-04

白内障是常见的致盲性疾病之一, 现今随着老龄化进程的加快, 白内障群体不断扩大, 对老年患者的生活产生着不利的影响^[1]。对于老年白内障的治疗, 采用手术的方式可获得较好的治疗效果, 但由于疾病能够造成患者的视力降低, 增加患者的恐惧感, 进而引发不同程度的抑郁、焦虑等不良情绪, 降低患者的配合度; 同时由于老年患者对于疾病知识的了解较少, 且接受能力差, 常规的健康教育很难大幅提高老年患者对于疾病知识的掌握程度, 从而导致治疗配合性差, 临床护理满意度低, 最终影响治疗效果及患者生活质量^[2]。因此, 良好的护理模式对于老年白内障患者的治疗极为重要。健康意识理论(HEC)是 Newman 于 1986 年首次提出, 自 HEC 被提出至今其已被广泛应用于各种疾病康复中, 并取得了较好效果^[3]。本研究对白内障患者给予 HEC 指导的健康教育, 效果较为满意, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院精神卫生科 2016 年收治的 156 例白内障患者作为研究对象。按照随机数字表法分成对照组和研究组, 每组各 78 例, 对照组中男

27 例, 女 51 例; 平均年龄(72.23 ± 2.46)岁; 平均病程(2.43 ± 1.03)个月; 发病情况: 左眼 39 例, 右眼 39 例; 疾病类型: 后囊下白内障 12 例, 核型白内障 28 例, 皮质性白内障 38 例; 晶状体硬度: II 度 54 例, III 度 24 例; 文化程度: 初中及以下 46 例, 高中及以上 32 例。观察组中男 31 例, 女 47 例; 平均年龄(73.07 ± 1.98)岁; 平均病程(2.32 ± 1.14)个月; 发病情况: 左眼 45 例, 右眼 33 例; 疾病类型: 后囊下白内障 10 例, 核型白内障 27 例, 皮质性白内障 41 例; 晶状体硬度: II 度 57 例, III 度 21 例; 文化程度: 初中及以下 50 例, 高中及以上 28 例。两组患者性别、年龄、病程、发病情况、疾病类型、晶状体硬度、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。所有研究对象均签署治疗知情同意书。

1.2 纳入及排除标准

1.2.1 纳入标准 年龄 ≥ 60 岁; 符合白内障疾病的诊断标准; 单眼发病; 患眼的裸眼视力 < 0.5 ; 入组前无特大疾病和精神障碍史; 自愿配合医务人员的指导和安排。

1.2.2 排除标准 以往接受过眼部手术; 严重脑、