

crinol Metab, 2020, 34(1):101388.

[2] KAHALY G J. Management of Graves thyroidal and ex-trathyroidal disease: an update [J]. J Clin Endocrinol Metab, 2020, 105(12):3704-3720.

[3] 叶任高, 陆再英. 内科学[M]. 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004:732.

[4] 王麒又. 柴胡疏肝散加减联合甲疏咪唑片治疗甲状腺功能亢进效果观察[J]. 实用中医药杂志, 2017, 33(7):786-787.

[5] 何婉霞, 魏海瑛. 中药联合甲疏咪唑片治疗甲状腺功能亢进疗效及对甲状腺激素水平的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(7):744-746.

[6] 王涵, 王丽, 唐程, 等. 甲状腺功能亢进的中药治疗进展[J]. 北京中医药, 2018, 37(8):759-763.

[7] 郝丛莉, 王丽芳. 中医药治疗甲状腺功能亢进症简况[J]. 实用中医内科杂志, 2018, 29(4):182-183.

[8] 孙立萍, 徐丹. 贞芪汤治疗甲状腺功能亢进症 36 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2010, 24(8):21-22.

[9] 杨慧婵. 扶正消癭方治疗甲状腺功能亢进症的临床研究[J]. 中医中药, 2011, 9(21):332-334.

[10] 李志红. 黄芪的药理作用及临床应用探讨[J]. 基层医学论坛, 2014, 18(34):4717-4718.

[11] 裴迅, 向楠. 甲状腺功能亢进症治疗中含碘方药的合理应用[J]. 湖北中医药大学学报, 2015, 17(5):62-63.

[12] 刘旭生, 卢富华, 吴一帆. 建立有中医特色的慢性肾脏病管理模式[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2010, 11(12):1121-1122.

[13] 谭超, 刘建和, 刘丹, 等. 冠心病慢性稳定性心绞痛瘀血质患者中医健康管理研究[J]. 中医药导报, 2015, 21(19):59-62.

[14] 黄雯洁, 沈勃, 郭丽. 中医辨治甲状腺功能亢进症研究进展[J]. 中国中医基础医学杂志, 2018, 24(11):1646-1648.

[15] 梅超红, 王德惠. 基于中医体质辨识的生活方式干预对糖尿病前期患者的影响[J]. 吉林中医药, 2017, 37(5):440-442.

[16] 杨玲玲, 薛杨, 王燕萍, 等. 中医体质辨识在中医治未病健康管理中的应用[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(10):349-352.

(收稿日期:2021-06-16 修回日期:2021-11-22)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2022.06.022

社会支持联合回授式健康教育对恶性肿瘤患者负性情绪及生活质量的影响*

童辉群

江西省九江市第一人民医院肿瘤二科, 江西九江 332000

摘要:**目的** 研究社会支持联合回授式健康教育对恶性肿瘤的干预价值。**方法** 选取 2019 年 8 月至 2021 年 2 月该院收治的 70 例恶性肿瘤患者作为研究对象, 采用随机数字表法分为研究组和对照组, 每组各 35 例。研究组患者接受社会支持联合回授式健康教育, 对照组患者开展常规干预, 干预前、干预 2 周后对所有患者开展抑郁自评量表(SDS)评分、焦虑自评量表(SAS)评分、视觉模拟评分(VAS 评分), 以及服药依从性(MAQ)、疼痛控制障碍(BQ)、自我效能、希望水平、健康状况调查量表(SF-36)评分, 比较两组患者干预结果。**结果** 两组患者干预前 SDS、SAS 评分比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$); 研究组患者干预 2 周后 SDS、SAS 评分均低于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。两组患者干预前 VAS、MAQ、BQ 评分比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$); 研究组患者干预 2 周后 VAS、BQ 评分均低于对照组, MAQ 评分高于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。两组患者干预前自我效能各项目评分比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$); 研究组患者干预 2 周后自我效能各项目评分均高于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。两组患者干预前希望水平各项目评分比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$); 研究组患者干预 2 周后希望水平各项目评分均高于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。两组患者干预前 SF-36 各项目评分比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$); 研究组患者干预 2 周后 SF-36 各项目评分均高于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 社会支持联合回授式健康教育对恶性肿瘤患者干预效果更明显, 可快速稳定患者情绪, 提升自我效能感及希望水平, 提高服药依从性, 并有效减轻疼痛, 提升其生活质量。

关键词:恶性肿瘤; 社会支持; 回授式健康教育; 生活质量

中图法分类号:R73 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2022)06-0804-04

近年来, 恶性肿瘤在全球范围内的患病率及病死率日渐增长, 加上其具有病程较长、治疗过程痛苦、不

* 基金项目:江西省卫生健康委员会科技计划项目(202140310)。

本文引用格式:童辉群. 社会支持联合回授式健康教育对恶性肿瘤患者负性情绪及生活质量的影响[J]. 检验医学与临床, 2022, 19(6): 804-807.

不良反应多、复发率及转移率高等特点,成为强烈刺激源,不仅危及患者身体健康,同时还可能引发焦虑、抑郁、恐惧等负性心态,部分患者还可失去社会活动,甚至产生绝望情绪,直接影响治疗结果与预后^[1-2]。随着社会经济的快速发展,恶性肿瘤患者对健康教育的需求明显提升。有研究指出,健康知识的认知程度成为压力源与心理反应上最为重要的中介变量,若能提供针对性健康教育,可有效减少患者的心理应激,并稳定情绪,使其积极接受治疗,从而保障预后^[3-4]。临床有研究显示,社会支持联合回授式健康教育效果更好,其属于新型干预方式,可促进患者得到更多的社会支持,进而消除负性情绪,同时提高认知,依从性明显改善,使其更加积极地面对疾病^[5-6]。因此,本研究对社会支持联合回授式健康教育在恶性肿瘤中的干预价值展开分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2019 年 8 月至 2021 年 2 月收治的 70 例恶性肿瘤患者作为研究对象,采用随机数字表法分为研究组和对照组,每组各 35 例。研究组男 19 例,女 16 例;年龄 37~68 岁,平均(52.48±1.26)岁;肝癌 4 例,大肠癌 5 例,肺癌 7 例,胃癌 9 例,乳腺癌 6 例,其他肿瘤 4 例;体质量指数 20~25 kg/m²,平均(23.01±0.45)kg/m²。对照组男 18 例,女 17 例;年龄 34~70 岁,平均(52.79±1.15)岁;肝癌 3 例,大肠癌 4 例,肺癌 8 例,胃癌 10 例,乳腺癌 5 例,其他肿瘤 5 例;体质量指数 21~27 kg/m²,平均(23.84±0.52)kg/m²。两组患者性别、年龄、体质量指数等一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入和排除标准

1.2.1 纳入标准^[7] (1)与临床诊断相符,经病理检查确诊;(2)预计生存期超过 3 个月;(3)患者与家属均知情同意并签署知情同意书;(4)病历信息完整,中途未退出。

1.2.2 排除标准 (1)存在难以交流或者听力障碍者;(2)出现远处转移者;(3)合并多系统原发性恶性肿瘤者;(4)精神疾病或意识障碍者。

1.3 方法

1.3.1 研究组 (1)社会支持:定期开展恶性肿瘤相关知识讲座,邀请家属共同参与,同时提供身心方面的支持。鼓励社会志愿者支持患者的社会回归,定期组织病房探视或者新病友交流会,邀请志愿者参加座谈会。(2)回授式健康教育:①创建回授式健康教育小组,制订干预计划及目标,通过小组会议讨论干预期间出现的问题及解决方案,最后总结反馈。②回授式健康教育包括解释、评估、澄清、理解四大环节,首先由组长解释本次干预的具体内容,获得同意与信任

后开始实施计划;随后评估患者对疾病相关知识的掌握程度,针对不正确想法或者行为予以纠正,并依据回授法不断开展健康教育,直到患者完全理解。③教育后,嘱咐患者依据自身理解复习新知识或演示新学技能,针对回答或者演示正确的患者,适当鼓励并予以肯定;针对错误患者,可再次讲授并示范,针对错误部分进行及时纠正,直到患者理解并执行准确。④整理恶性肿瘤相关知识及患者个体化治疗方案并发送至患者手机,还可开展知识竞答活动,分析出现的问题,及时调整并优化健康教育方案。

1.3.2 对照组 开展常规干预,其中包括日常管理、口头宣教及生活指导等。

1.4 观察指标 干预前、干预 2 周后开展抑郁自评量表(SDS)评分、焦虑自评量表(SAS)评分、视觉模拟评分(VAS 评分),以及服药依从性(MAQ)、疼痛控制障碍(BQ)、自我效能、希望水平、健康状况调查量表(SF-36)评分。(1)SDS、SAS 评分^[8]:得分小于 50 分表示无抑郁/焦虑;50~60 分表示轻微抑郁/焦虑;>60~70 分表示中等抑郁/焦虑;>70 分表示严重抑郁/焦虑。(2)VAS 评分^[9]:0 分表示无痛;1~3 分表示轻度疼痛,能忍受;4~6 分表示中等疼痛,尚可忍受;7~10 分表示剧烈疼痛,难以忍受。(3)MAQ 评分^[10]:8 分表示依从性好,6~7 分表示依从性较好,<6 分表示依从性差。(4)BQ 评分^[11]:满分 60 分,得分越高表明疼痛控制障碍越高。(5)自我效能评分:每项满分 10 分,得分越高表示自我效能感越强。(6)希望水平评分:每项满分 48 分,得分越高表示希望水平越高。(7)SF-36 评分^[12]:每项满分 100 分,分数越低表示生活质量越差。

1.5 统计学处理 采用 SPSS20.0 统计软件进行数据分析处理。符合正态分布的计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,两组间比较采用 t 检验;计数资料以例数表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者 SDS、SAS 评分比较 两组患者干预前 SDS、SAS 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);研究组患者干预 2 周后 SDS、SAS 评分均低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

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

组别	n	SDS 评分		SAS 评分	
		干预前	干预 2 周后	干预前	干预 2 周后
研究组	35	63.48±5.21	45.02±2.13	65.18±6.21	42.43±2.01
对照组	35	63.57±5.09	50.96±3.64	65.47±6.09	48.55±3.52
t		0.073	8.332	0.197	8.932
P		0.942	0.001	0.844	0.001

2.2 两组患者 VAS、MAQ、BQ 评分比较 两组患者干预前 VAS、MAQ、BQ 评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);研究组患者干预 2 周后 VAS、BQ 评分均低于对照组,MAQ 评分高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

2.3 两组患者自我效能各项目评分比较 两组患者干预前自我效能各项目评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);研究组患者干预 2 周后自我效能各项目评分均高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 2 两组患者 VAS、MAQ、BQ 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	VAS 评分		MAQ 评分		BQ 评分	
		干预前	干预 2 周后	干预前	干预 2 周后	干预前	干预 2 周后
研究组	35	6.28±1.09	2.43±0.71	5.17±1.62	7.42±1.43	40.26±5.27	23.89±2.15
对照组	35	6.44±1.14	3.89±1.19	5.03±1.57	6.11±1.03	40.35±5.11	30.36±3.47
t		0.600	6.233	0.367	4.398	0.073	9.377
P		0.550	0.001	0.715	0.001	0.942	0.001

表 3 两组患者自我效能各项目评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	情绪控制		症状管理		角色功能		沟通能力	
		干预前	干预 2 周后	干预前	干预 2 周后	干预前	干预 2 周后	干预前	干预 2 周后
研究组	35	5.23±1.64	8.79±0.93	4.90±1.36	8.64±0.84	5.61±1.77	9.12±0.34	5.77±1.23	9.13±0.25
对照组	35	5.60±1.75	8.21±1.36	4.88±1.62	8.11±1.06	5.53±1.74	8.56±1.53	5.80±1.14	8.79±0.68
t		0.913	2.083	0.056	2.318	0.191	2.114	0.106	2.776
P		0.365	0.041	0.956	0.023	0.849	0.038	0.916	0.007

表 4 两组患者希望水平各项目评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	行为态度		积极态度		亲密关系		总分	
		干预前	干预 2 周后	干预前	干预 2 周后	干预前	干预 2 周后	干预前	干预 2 周后
研究组	35	27.59±5.21	40.62±2.34	24.81±6.34	41.03±2.06	25.96±5.47	42.17±1.86	26.57±5.18	41.43±1.69
对照组	35	27.80±5.10	35.78±3.69	25.01±6.27	36.47±3.55	26.03±5.33	37.01±2.54	26.93±5.42	37.25±2.03
t		0.170	6.553	0.133	6.573	0.054	9.697	0.284	9.362
P		0.865	0.001	0.895	0.001	0.957	0.001	0.777	0.001

表 5 两组患者 SF-36 各项目评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	生理职能		社会功能		健康状况		情感职能	
		干预前	干预 2 周后	干预前	干预 2 周后	干预前	干预 2 周后	干预前	干预 2 周后
研究组	35	63.49±5.27	87.23±1.34	65.28±4.89	91.23±1.06	61.48±6.32	90.50±1.24	64.78±4.61	92.44±1.17
对照组	35	63.55±5.10	80.52±2.36	65.51±4.26	83.45±2.17	61.70±6.59	84.36±2.51	65.02±4.55	85.31±1.89
t		0.048	14.627	0.210	19.058	0.143	12.975	0.219	18.977
P		0.962	0.001	0.834	0.001	0.887	0.001	0.827	0.001

3 讨 论

有临床研究认为,对恶性肿瘤患者实施保密的医疗制度有助于诊疗顺利开展,但其可导致患者认知能

2.4 两组患者希望水平各项目评分比较 两组患者干预前希望水平各项目评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);研究组患者干预 2 周后希望水平各项目评分均高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 4。

2.5 两组患者 SF-36 各项目评分比较 两组患者干预前 SF-36 各项目评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);研究组患者干预 2 周后 SF-36 各项目评分均高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 5。

力较差,无法了解疾病具体情况,长此以往可能会产生潜在的不利因素^[13]。有调查研究显示,恶性肿瘤患者中希望获得自身疾病诊疗相关教育者约占 95%,其

中渴望知晓疾病发生、发展及转归过程者高达 80%^[14]。大部分恶性肿瘤患者存在较大的心理压力,尤其是在放疗和化疗期间极易出现悲伤、抑郁、恐惧、紧张、焦虑等心态,严重者态度消极,无法配合治疗,并且封闭自己,直接影响治疗效果,甚至降低其生存质量。疾病本身可能引发躯体不适或者疲劳,特别是治疗期间疼痛加重,进一步影响患者情绪^[15-16]。因此,临床应尽早寻找科学合理的干预措施,以稳定患者情绪,提升治疗信心。

本研究结果显示,两组患者干预前 SDS、SAS、VAS、MAQ、BQ、自我效能、希望水平、SF-36 评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);研究组患者干预 2 周后各项目评分均优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。由此提示研究组患者不仅清除了负面情绪,同时减低疼痛,提升配合治疗的依从性,并且增强了自我效能感与希望水平,生存质量提升。回授式健康教育通常表示健康教育后,要求患者复述或者自我消化,重复获得积极信息,在此期间及时纠正不足或者错误观念及行为,从而提升患者对恶性肿瘤相关知识的了解程度,使其保持良好的心态面对疾病,同时加深健康知识记忆,有效培养健康行为及观念^[17]。而社会支持表示应激状态下患者利用外部资源来抵御应激反应,同时避免身心疾病产生,有效稳定病情。其中客观社会支持可促进疾病治疗及病情康复;而主观社会支持是应付心理压力的主要途径,可减低压力事件强度,规避负面情绪,使患者保持良好的心态^[18]。另外社会支持表示个体或者社会出现的精神与物质上的关联,也是个体对被尊重、被支持及被理解的满意程度^[19]。本研究结果显示,研究组患者干预 2 周后自我效能、希望水平较对照组更好,提示研究组患者经社会支持后获得了更多支持,因此,战胜疾病的信心也随之升高,自我效能感与希望水平评分明显增加,进一步证实了社会支持联合回授式健康教育的价值。

综上所述,社会支持联合回授式健康教育疗效更好,能清除负性心态,增加患者自我效能感与希望水平,提升依从性,控制疼痛,改善其生活质量。

参考文献

[1] 吕慧泉,刘晓霞,吕玉.晚期妇科恶性肿瘤患者幸福感、心理弹性、乐商对领悟社会支持影响作用的研究[J].中国实用护理杂志,2021,37(2):127-133.

[2] 徐昕,刘利.血液系统恶性肿瘤患者 D 型人格、领悟社会支持与创伤后应激障碍症状的关系[J].中国医科大学学报,2018,47(5):443-447.

[3] 周同,胡雁,彭健,等.多学科协作的心理社会干预对胃肠

道恶性肿瘤化疗患者心理痛苦、焦虑及抑郁情绪的影响[J].复旦学报(医学版),2020,47(6):875-881.

[4] 周同,胡雁,彭健,等.胃肠恶性肿瘤化疗患者多学科合作心理社会干预方案的构建[J].护理学杂志,2020,35(16):80-83.

[5] REBLIN M,KETCHER D,FORSYTH P,et al. Feasibility of implementing an electronic social support and resource visualization tool for caregivers in a neuro-oncology clinic[J]. Support Care Cancer,2018,26(12):4199-4206.

[6] 毛会清,李红玉.妇科恶性肿瘤患者生活质量与心理资本、社会支持的相关性研究[J].现代预防医学,2019,46(10):1786-1790.

[7] 曹小花,杨华.心理弹性与自我效能恶性肿瘤患者主要照顾者社会支持与正性情绪间的中介效应[J].中国社会医学杂志,2019,36(5):480-483.

[8] 朱莎莎,沈霞,李彬霞,等.回授式健康教育计划表对胃癌化疗患者遵医行为与护理满意度的影响[J].山西医药杂志,2021,50(6):1012-1014.

[9] 骆焕丽,郑乃洵,刘慧.回授式健康教育对慢性代谢综合征患者健康素养及生理生化指标的影响[J].中国健康教育,2018,34(9):856-858.

[10] 王茜.回授式健康教育对血糖控制不佳的 2 型糖尿病患者健康素养及糖脂代谢的影响[J].护理实践与研究,2018,15(17):22-24.

[11] 张淑彦.回授式肺康复指导在肺癌术后化疗患者健康教育中的应用[J].中华现代护理杂志,2018,24(1):59-63.

[12] 柯秋金.综合社会支持对宫颈癌化疗患者负面情绪和生活质量的影响[J].中国医学创新,2018,15(3):83-86.

[13] 胡利.针对性健康教育对肿瘤 PICC 置管患者的影响[J].中国现代医生,2019,57(18):150-152.

[14] 陈玥,黑晓欢,卢丹,等.医院-社区合作健康教育模式对乳腺癌患者术后康复的影响效果[J].中国健康教育,2021,37(3):272-274.

[15] 兰福旭,侯希清,陈文龙.同质健康教育模式对结直肠癌造口术后患者自我护理能力、自我效能及心理弹性的影响[J].癌症进展,2021,19(7):753-756.

[16] 程素霞,范静雯,崔胤,等.家属同步健康教育对胰腺癌手术患者治疗依从性及自我管理效能的影响[J].癌症进展,2021,19(7):745-748.

[17] 楚晓飞,何爱莲,卢峰育.阶段式健康教育联合呼吸功能锻炼在食管癌手术患者中的应用[J].中华现代护理杂志,2021,27(10):1367-1370.

[18] 杜碧丽,孟歌,董翠丽.以行为转变理论为指导的健康教育对癌症患者疼痛强度、服药依从性及生活质量的影响[J].国际护理学杂志,2021,40(2):255-259.

[19] 赵芳,孙旭玉,黄丹,等.个性化健康教育联合心理干预对乳腺癌化疗患者心理健康状况和生活质量的影响[J].癌症进展,2021,19(2):203-206.