

延续心理护理对脑肿瘤患者及家属负性情绪的影响

肖宁^{1,2}, 朱丹², 肖水源¹

(1.中南大学公共卫生学院,长沙 410078;2.解放军第169医院护理部,衡阳 421002)

【摘要】 目的:探讨延续心理护理对脑肿瘤患者及其家属情绪的影响。**方法:**采用非同期临床对照试验将162例脑肿瘤出院患者及其家属分为对照组和干预组,对照组仅对患者实施电话随访,干预组在此基础上对患者及家属实施延续心理护理。使用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)测量患者及家属的负性情绪,并对患者治疗依从性及癫痫发作情况进行比较。**结果:**干预组患者及家属在延续心理护理实施后第14天、第28天、第3个月SAS、SDS评分显著低于对照组($P<0.05$);干预组实施干预后患者及家属SAS、SDS评分显著低于出院时评分($P<0.05$),干预组患者治疗依从性显著高于对照组($P<0.05$),癫痫发作情况显著低于对照组($P<0.05$)。**结论:**延续心理护理能有效减轻脑肿瘤患者及其家属焦虑抑郁情绪。

【关键词】 脑肿瘤; 延续护理; 延续心理护理; 患者; 患者家属; 焦虑; 抑郁

中图分类号: R395.5 文献标识码: A 文章编号: 1005-3611(2014)02-0373-04

Continuous Psychological Nursing in Patients with Brain Tumors

XIAO Ning, ZHU Dan, XIAO Shui-yuan

School of Public Health, Central South University, Changsha 410078, China

【Abstract】 Objective: To explore the effect of continuous psychological nursing on negative emotion in patients with brain tumors and their family members. **Methods:** Using the controlled clinical trials, 162 patients with brain tumor and their families was divided into control group and observation group. The control group was only received follow-up telephone interview, the observation group were received continuous psychological nursing their families. Self-evaluation of anxiety scale(SAS) and depression self rating scale(SDS) were used to measure negative emotions, and treatment adherence and seizures were also investigated. **Results:** Seizures, SAS and SDS score was significantly lower in observation group at follow-up 14th day, 28th day and 3 months, compared to the control group($P<0.05$); With-group comparison showed that observation group had significantly lower SAS and SDS score after discharge at follow-up 14th day, 28th day and 3 months($P<0.05$), meanwhile, treatment adherence in the observation group is significantly higher than that in the control group($P<0.05$). **Conclusion:** Continuous psychological nursing can effectively relieve anxiety and depression in patients with brain tumor and their families after discharge.

【Key words】 Brain tumors; Continuation of care; Continuation of psychological care; Patients; Patients' families; Anxiety; Depression

在过去30年间,脑肿瘤患者的存活率有所提升,根据1995年至2001年的统计,I/II级(世界卫生组织脑肿瘤分类)肿瘤患者的平均存活年限为2~10年,III/IV级肿瘤患者的平均存活年限也达到了1年^[1]。伴随着脑肿瘤患者存活年限的延长,患者家属面临更多的压力。患者家属是住院期间的生活照料者,也是出院后家庭护理的主要提供者。大量研究证实,伴随着脑肿瘤的诊断及后续治疗,患者及家属常出现焦虑、抑郁等各种负性情绪反应^[2-4]。延续护理是利用信息化工具,通过电话、信函、电子邮件、登门访视等方式进行的一种开放式、延伸式护理形式,它能有效提高出院患者生活质量,在护士和患者乃至家庭成员间建立有目的的互动,从而促进和维护

患者健康^[5]。本研究将延续心理护理应用于162名脑肿瘤患者及家属,对减轻患者及家属的负性情绪起到了较好的作用,现报道如下。

1 对象与方法

1.1 对象

某三级甲等医院2011年10月至2013年9月脑肿瘤出院患者及其家属。纳入标准:①患者及家属年龄均>18岁;②患者及其家属均为小学及小学以上文化程度,能进行口头语言及书面沟通,且同意参与本研究;③患者影像学检查提示有占位性病变,脑外科医生已经对患者行开颅手术治疗;④患者及家属既往无精神疾病史,目前无其他系统严重躯体疾病。共有162例脑肿瘤出院患者及其家属纳入本研

究(患者与其家属 1:1 匹配),家属选择范围为:与患者是父母、夫妻或子女关系,系患者主要照顾者,其中以夫妻首选,其次是子女,再次是父母。采用非同期临床对照试验,将 2011 年 10 月至 2012 年 9 月的出院患者及其家属设为对照组,期间共有出院脑肿瘤患者 92 例,其中有 84 例符合纳入标准,2012 年 10 月至 2013 年 9 月的出院患者及其家属设为干预组,期间共有出院脑肿瘤患者 89 例,其中有 78 例符合纳入标准。所有患者及家属均已签署知情同意书,并报医院伦理委员会批准。

1.2 方法

1.2.1 制定《脑肿瘤患者健康监测手册》 手册内容包括脑肿瘤疾病的健康指导内容;采用表格记录单的方式,记录患者每天的服药、运动、自觉症状、癫痫发生、复诊情况,对符合健康指导要求者,打“√”表示,未符合要求者打“×”表示。

1.2.2 制定《脑肿瘤患者延续护理的培训大纲》 培训内容包括脑肿瘤疾病知识、健康指导、《脑肿瘤患者健康监测手册》的应用、职业道德、服务理念、礼仪培训、沟通技巧、心理学相关知识、延续护理的实施方式及要求等。

1.2.3 成立延续护理小组 小组成员由四名专业知识全面及沟通能力强、获得护师以上职称的护理人员组成,采取自愿报名形式,经脑肿瘤患者延续性护理培训考核合格后上岗,上岗后采取一对一延续性护理服务。

1.2.4 干预方法 ①对照组患者出院时,责任护士为患者进行健康指导,指导患者及家属自觉填写《脑肿瘤患者健康监测手册》,保留患者联系资料,于患者出院后第 7、14、28 天、第 2 月末、第 4 月末、第 8 月末对患者及家属实行常规电话回访,询问患者的一般身体状况、自觉症状、用药情况、癫痫发作情况、康复训练情况,给予健康教育和康复指导,提醒其按时

复诊。总共进行电话回访 6 次。②干预组患者出院时,由指定的一名延续护理小组成员到床旁与患者及其家属进行沟通,告之患者及其家属延续护理服务的目的、形式、时间及内容,根据自愿签订延续性护理服务协议。小组成员要先为患者进行健康指导,指导患者及家属自觉填写《脑肿瘤患者健康监测手册》,保留患者及家属联系资料,并于患者出院后第 6、13、27 天、第 2 月末、第 4 月末、第 8 月末对患者及家属实行常规电话回访,询问患者及家属患者的一般身体状况、自觉症状、用药情况、癫痫发作情况、康复训练情况、家属心理感受。电话回访后,根据患者及家属情况,制定个性化护理计划,于电话回访后第二天对患者及家属进行家庭访视,给与心理支持及疏导,总共进行家庭访视 6 次。

1.2.5 评估指标和评估工具 ①一般资料调查表 主要包括患者及家属的性别、年龄、文化程度、婚姻状况、医疗费用等。②焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS) 两个量表各有 20 个项目,分为 4 级评分,分别评定患者及家属焦虑和抑郁的主观感受。评定标准:以 SAS 标准分 >50 分表示有焦虑症状,>62 分表示有严重焦虑症状;SDS 标准分 >53 分表示有抑郁症状,>70 分表示有严重抑郁症状^[6]。对照组在患者出院时、出院后第 14 天、第 2 月末、第 8 月末电话访视后对患者及家属进行测评。干预组在患者出院时、出院后第 14 天、第 2 月末、第 8 月末家庭访视后对患者及家属进行测评。③治疗依从性测评表 在两组患者出院 1 年后,收集患者的《脑肿瘤患者健康监测手册》数据、复诊、随访资料进行分析,采用自制脑肿瘤患者治疗依从性及癫痫发作情况测评表对患两组患者情况进行比较,该测评表包括 3 个方面,共 12 个条目。总分 9 分,其中药物治疗依从性 4 分、癫痫发作情况 4 分、定期复诊依从性 1 分。具体赋分见表 1。

表 1 脑肿瘤患者治疗依从性及癫痫发生情况测评表赋分情况

项目	4 分	3 分	2 分	1 分	0 分
药物治疗依从性	每周规律用药	每周有 1 次漏服药	每周有 2 次漏服药	每周有 3 次漏服药	每周有 4 次以上漏服药
癫痫发作情况	每周无发作	每周有 1 次发作	每周有 2 次发作	每周有 3 次发作	每周有 4 次以上发作
定期复诊依从性				按要求复诊	未定期复诊

2 结 果

2.1 脑肿瘤患者及其家属一般资料

两组患者及其家属在性别、年龄、文化程度、婚姻状况等方面均无显著性差异($P>0.05$)。见表 2。

2.2 延续心理护理实施前后患者 SAS、SDS 评分

比较

两组患者出院时 SAS、SDS 评分比较无显著性差异($P>0.05$)。延续心理护理实施后第 14 天、第 2 月末、第 8 月末,干预组患者 SAS、SDS 评分显著低于出院时评分($P<0.05$);干预组患者 SAS、SDS 评分显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。对照组患

者SAS、SDS评分在出院后第14天、第2月末、第8月末,较出院时评分无明显变化($P>0.05$)。见表3。

2.3 延续心理护理实施前后患者家属SAS、SDS评分比较

两组患者家属出院时SAS、SDS评分比较无显著性差异($P>0.05$)。延续心理护理实施后第14天、第2月末、第8月末,干预组患者家属SAS、SDS评分显著低于出院时评分($P<0.05$);干预组患者家属SAS、SDS评分显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。对照组患者家属SAS、SDS评分在出院后第14天、第2月末、第8月末,较出院时评分无明显变化($P>0.05$)。见表4。

2.4 延续心理护理实施后患者治疗依从性及癫痫发作比较

延续心理护理实施后,干预组患者药物治疗依从性、癫痫发作情况、定期复诊依从性评分明显高于

对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表5。

表2 两组患者及其家属的一般资料[n(%)]

项目		患者		家属	
		对照组 (N=84)	干预组 (N=78)	对照组 (N=84)	干预组 (N=78)
性别	男	41(48.8)	42(53.8)	25(29.8)	22(28.2)
	女	43(51.2)	36(46.2)	59(70.2)	56(71.8)
年龄(岁)	18-30	16(19.0)	14(17.9)	47(56.0)	44(56.4)
	31-50	23(27.4)	28(35.9)	29(34.5)	28(35.9)
	>50	45(53.6)	36(46.2)	8(9.5)	6(7.7)
文化程度	初中及以下	21(25.0)	23(29.5)	22(26.2)	14(17.9)
	高中及大专	36(42.9)	32(41.0)	33(39.3)	30(38.5)
	本科及以上	27(32.1)	23(29.5)	29(34.5)	34(43.6)
婚姻状况	已婚	49(58.3)	47(60.3)	51(60.7)	53(67.9)
	未婚或离婚	35(41.7)	31(39.7)	33(39.3)	25(32.1)
与患者关系	父母	21(25.0)	19(24.4)	21(25.0)	19(24.4)
	夫妻	39(46.4)	34(43.6)	39(46.4)	34(43.6)
	子女	24(28.6)	25(32.0)	24(28.6)	25(32.0)
医疗费用	公费	8(9.5)	7(9.0)	8(9.5)	7(9.0)
支付方式	医保	66(78.6)	65(83.3)	66(78.6)	65(83.3)
	自费	10(11.9)	6(7.7)	10(11.9)	6(7.7)

表3 两组患者干预前后SAS、SDS评分

组别	SAS				SDS			
	出院时	出院后14天	出院后2个月	出院后8个月	出院时	出院后14天	出院后2个月	出院后8个月
干预组(n=84)	47.02±5.46	41.17±5.03	34.02±4.31	26.13±3.12	54.25±5.67	47.48±5.14	38.26±4.67	29.23±3.13
对照组(n=78)	46.91±5.51	45.47±5.14	43.98±4.97	40.26±4.32	54.79±5.73	52.84±5.28	49.89±4.68	45.03±4.13
U	1.34	2.96	5.91	7.92	1.57	3.47	7.48	8.39
P	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表4 两组患者家属干预前后SAS、SDS评分

组别	SAS				SDS			
	出院时	出院后14天	出院后2个月	出院后8个月	出院时	出院后14天	出院后2个月	出院后8个月
干预组(n=84)	36.54±8.12	30.98±7.59	26.54±6.23	19.53±4.96	35.26±8.68	29.01±7.85	20.58±5.96	12.41±4.85
对照组(n=78)	37.01±8.24	35.64±8.12	32.53±7.94	29.15±8.15	35.19±8.74	35.81±8.36	33.65±8.15	30.81±7.83
U	1.68	3.96	4.14	5.17	0.89	4.15	5.41	6.23
P	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表5 两组患者治疗依从性及癫痫发作评分

组别	药物治疗依从性	定期复诊依从性	癫痫发作
干预组(n=84)	3.53±0.39	0.72±0.45	3.48±0.62
对照组(n=78)	3.13±0.75	0.37±0.48	2.88±0.80
U值	3.129	4.075	4.565
P值	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨 论

3.1 延续护理的概念

延续护理是指由医院转移到家庭过程中所提供的护理照顾^[7]。美国老年协会将延续性护理定义为:延续护理是通过一系列的行动设计,以确保患者在不同的健康照护场所(如从医院到家庭)及同一健康照护场所(如医院的不同科室)受到不同水平的协作性与连续性的照护,通常是指从医院到家庭的延

续,包括由医院制定的出院计划、转诊、患者回归家庭或社区后的持续随访与指导。另有学者从3个不同维度阐述延续性的含义:患者信息的延续,在不同的医疗场所转诊过程中确保患者信息的精确性;医疗护理服务的延续,在整个卫生服务系统中,确保患者始终得到延续性的健康照护;医护患关系的延续,患者接受不同的健康照护者提供服务的同时也一直保持忠诚和信任的医护患关系^[8]。

以往,患者出院便意味着患者与医院的关系结束,患者只能通过回院复诊才能得到相关的康复信息,患者的需求有时很难得到及时满足^[9]。有研究显示,虽然患者在住院期间大部分的健康问题都得到解决,但很多患者在回家后仍然出现不同程度的健康问题,出院后的持续治疗控制更为重要,患者及

家属对出院后的自我调理、病情观察及健康保健知识的需求逐渐增加,且更趋于需要上门延续服务。由此可见,出院后的患者仍然有很高的健康照护需求,大部分患者出院后仍需得到延续护理。目前延续护理已经在糖尿病、急性心肌梗死支架植入术后患者、产妇及新生儿、冠心病、创伤骨折等出院患者中得到了应用,并取得了良好的效果^[10-14]。延续心理护理是延续护理的一部分,即是对出院患者实施心理支持、咨询及疏导。当今社会,心理和精神问题在健康中的地位逐渐提高,在我国也越来越受到重视^[15]。患者及家属出院后存在较多的心理问题,延续心理护理能根据患者的疾病恢复情况给予具体指导,解答患者在康复过程中的疑虑,同时给予患者及家属心理支持、疏导,让其有信心地进行康复训练,促进疾病痊愈。本研究将延续心理护理应用于脑肿瘤出院患者及其家属,有效地减少了患者及家属负面情绪、提高了患者治疗的依从性、降低了癫痫的发生机率。

肿瘤对患者来说,是一个严重的负性生活事件,患者将会出现明显的焦虑及抑郁反应,进而影响疾病的预后和转归,降低患者生活质量^[16]。本研究结果显示,对照组与干预组患者及家属出院时SAS、SDS评分比较无显著性差异;延续心理护理实施后第14天、第28天、第3个月,干预组患者及家属SAS、SDS评分显著低于出院时评分;干预组患者及家属SAS、SDS评分显著低于对照组。对照组患者及家属SAS、SDS评分在出院后第14天、第28天、第3个月,较出院时评分无明显变化。延续心理护理实施后,干预组患者药物治疗依从性、癫痫发作情况、定期复诊依从性评分明显高于对照组。此研究结果可能是因为延续心理护理的实施,患者及家属更容易理解并接受现状,不再对疾病感到恐惧,对疾病预后更有信心,从而有效地降低了患者及家属的焦虑、抑郁情绪,患者服药的依从性、复诊的依从性也有了极大的提高,癫痫的发作几率得到了很好的控制,最终有利于患者的预后,与Boult、Wolff、Sylvia等人的研究结果一致^[17-19]。表明延续心理护理的实施能有效减轻脑肿瘤患者及其家属焦虑抑郁情绪。

参 考 文 献

- 1 肖宁,肖水源,彭立辉,等.疾病认知干预对减轻脑肿瘤患者及其家属焦虑抑郁情绪的作用.中国临床心理学杂志,2009,17(2):250-252
- 2 Keir ST, Guill AB, Friegman HS, et al. Stress and interven-

- tion preferences of patients with brain tumors. Support Care Cancer, 2006, 14(12): 1213-1219
- 3 Mainio A, Hakko H, Rasanen P, et al. Depression in relation to survival among neurosurgical patients with a primary brain tumor: A 5-year followup study. Neurosurgery, 2005, 56(6): 1234-1241
- 4 Wagner CD, Bigatti SM, Storniolo AM. Quality of life of husbands of women with breast cancer. Psycho-Oncology, 2005, 15(2): 109-120
- 5 俞桃英.护士对出院病人实施电话随访的体会.中华护理杂志,2006,41(3):246-247
- 6 张明园.精神科评定量表手册.长沙:湖南科学技术出版社,1998.35-42
- 7 Brooten D, Naylor MD, York R. Lessons learned form testing the quality cost model of advanced practice nursing (APN) transitional care. Journal of Nursing Scholarship, 2002, 34(4): 369-375
- 8 Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: A critical review. Annals of Family Medicine, 2004, 2(5): 445-451
- 9 李善玲,刘清华,黄萍.脑卒中患者出院后的亲情化延续护理.护理学杂志,2011,26(3):74-75
- 10 孙习铮,石玉兰,毕月斋.家庭随访对心肌梗死患者生活质量的影响.护理实践与研究,2007,4(6):87-88
- 11 黎水莲,罗秋萍,苏飞群,等.出院随访对糖尿病血糖控制的影响.广西医科大学学报,2006,23(4):635
- 12 耿笑微,陆虹,刘宇.产后家庭角色适应状况调查研究.护理学杂志,2006,21(4):4-7
- 13 林平,高丽红,赵振娟.冠心病患者介入治疗后远期生存质量研究.护理学杂志,2009,24(3):27-28
- 14 王若萍.下肢骨折术后膝关节功能的康复护理.中国康复,2000,15(1):52-53
- 15 覃桂荣.出院患者延续护理的现状与发展趋势.护理学杂志,2009,27(3):89-91
- 16 汪波,彭娟.恶性肿瘤患者心理卫生状况分析.中国心理卫生杂志,2003,17(6):387
- 17 Boult C, Reider L, Frey K, et al. Early effects of "guided care" on the quality of health care for multimorbid older persons: A cluster-randomized controlled trial. Journal of Gerontology: Medical Sciences, 2008, 63(3): 321-327
- 18 Wolff JL, Rand-Giovannetti E, Palmer S, et al. Caregiving and chronic care: The guided care program for families and friends. Journal of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 2009, 64A(7): 785-791
- 19 Sylvia ML, Griswold M, Dunbar L, et al. Guided care cost and utilization outcomes in a pilot study. Disease Management, 2008, 11(1): 29-36

(收稿日期:2013-10-07)