

六步癌症告知模型在肺癌护理中的应用及对患者自我接纳水平、心理状态的影响

崔晶晶

(阜新市第二人民医院(阜新市妇产医院)肿瘤外科, 辽宁 阜新 123000)

【摘要】目的 探讨六步癌症告知模型在肺癌护理中的应用价值, 分析其对患者自我接纳水平、心理状态的影响。**方法** 采用便利抽样法, 将2019年3月至2020年3月我院收治的41例肺癌患者作为参照组(采用常规癌症告知策略), 2020年4月至2021年4月收治的41例肺癌患者作为试验组(在参照组的基础上实施六步癌症告知模式)。采用自我接纳问卷、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)比较两组患者的自我接纳水平、心理状态, 并分析六步癌症告知模型6个步骤的实际执行情况。**结果** 调查结果显示, 六步癌症告知模型6个步骤实际执行情况不一, 由高到低顺序是: 情感支持>提供知识>面谈准备>策略与总结>患者信息需求度>感知评估。干预后, 两组患者自我接纳、自我评价得分均明显升高, 且试验组明显高于参照组($P < 0.05$); 两组患者HAMA、HAMD量表均明显降低, 且试验组明显低于参照组($P < 0.05$)。**结论** 六步癌症告知模型应用于肺癌护理中具有积极的正性作用, 可以提高患者的自我接纳水平, 改善患者的焦虑抑郁情绪。

【关键词】 肺癌; 六步癌症告知模式; 自我接纳水平; 心理状态

中图分类号: R473.73

文献标识码: B

文章编号: 1671-8194(2021)27-0129-03

Application of Six-step Cancer Notification Model in Lung Cancer Nursing and Its Influence on Self-acceptance and Psychological State

CUI Jingjing

(Department of Oncology, Fuxin Second People's Hospital (Fuxin Obstetrics and Gynecology Hospital), Fuxin 123000, China)

【Abstract】Objective To explore the application value of the six-step cancer notification model in lung cancer care, and analyze its impact on self-acceptance and psychological state. **Methods** Using convenience sampling method, 41 lung cancer patients admitted to our hospital from March 2019 to March 2020 were used as the reference group (using conventional cancer notification strategy), 41 lung cancer patients admitted from April 2020 to April 2021 The patients were treated as a test group (a six-step cancer notification model was implemented on the basis of the reference group). The self-acceptance questionnaire, the Hamilton Anxiety Scale (HAMA), and the Hamilton Depression Scale (HAMD) were used to compare the self-acceptance level and mental state of the two groups, and to analyze the actual implementation of the six steps of the six-step cancer notification model. **Results** The survey results show that the actual implementation of the six steps of the six-step cancer notification model is different. The order from high to low is: emotional support > knowledge provision > interview preparation > strategy and summary > patient information needs > perceptual evaluation. After the intervention, the self-acceptance and self-evaluation scores of the two groups were significantly increased, and the test group was significantly higher than the reference group ($P < 0.05$); the HAMA and HAMD scales of the two groups were significantly reduced, and the test group was significantly lower than the reference group ($P < 0.05$). **Conclusion** The application of the six-step cancer notification model in lung cancer care has a positive effect, which can improve patients' self-acceptance and improve their anxiety and depression.

【Key words】 Lung cancer; Six-step cancer notification model; Self-acceptance level; Mental state

当患者明确诊断为肺癌时, 医务人员通过何种方式将“坏消息”告之于患者, 以减轻患者得知病情后导致的不良影响, 是临床癌症诊疗工作中的难点与热点^[1]。有文献^[2]显示, 癌症告知质量与患者对“坏消息”的适应性、患者的负性情绪、患者对护理的满意度等相关。因此, 合理的、有效的癌症告知可以使患者早期了解自己的病情, 缓解不良情绪, 提高医患配合度。常规癌症告知方案主要回避患者, 难以发挥患者的主观能力性, 而六步癌症告知模式能够对癌症患者的预后结局产生积极的作用^[3-4]。但目前六步癌症告知模式在我国癌症告知中应该较少。基于此, 本研究旨在探讨六步癌症告知模式在肺癌护理中的应用价值, 及其对患者自我接纳水平、心理状态的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用便利抽样法, 将我院2019年3月至2021年4月收治的肺癌患者82例为研究样本。纳入标准: 病理学确诊为肺癌; 年龄18~70岁; 病情比较稳定; 意识、精神、沟通能力尚可; 无为自愿合作并签署知情同意书。排除标准: 合并其他恶性肿瘤; 近3个月有抗焦虑抑郁治疗者; 沟通有障碍者; 合并心脑肾等重要器官疾病者。将2019年3月至2020年3月收治的41例患者作为参照组, 其中男患者25例, 女患者16例, 平均年龄(55.12 ± 6.12)岁; 腺癌14例, 鳞癌17例, 其他10例; I~II期23例, III~IV期18例。将2020年4月至2021年4月收治的41例患者作为试验组, 其中男患者23例, 女患者18例, 平均年龄(55.08 ± 6.20)岁; 腺癌12例, 鳞癌18例, 其他11例;

I~II期25例, III~IV期16例。两组一般资料比较无明显差异 ($P>0.05$)。

1.2 方法 参照组: 采用常规癌症告知策略, 在医师诊断明确后, 护理人员依据患者心理状态、个人的经验等先告知患者家属, 再由其家属决定何时告知患者或是否告知患者关于其实际病情。试验组: 在参照组基础上实施六步癌症告知模式, 即SPIKES沟通模式, 方法如下。①面谈准备 (S): 首先, 组建SPIKES沟通小组, 包括1名医师, 1名护士长, 2名责任护士。医师负责对肺癌的病因、治疗方法、预后等相关知识进行讲解, 护士长组织责任护士学习SPIKES相关知识, 并熟记其实施步骤; 同时邀请受SPIKES沟通模式获益的肺癌患者分享其经历。每周5次, 每次60 min。②感知评估 (P): 在告知患者病情前, 医师可通过开放性提问来了解患者是自己病情的认知情况, 如您知晓哪些病情消息? ③患者信息需求度 (I): SPIKES沟通小组中的责任护士可以通过引导性提问来判断患者对疾病信息的需求度, 如您想要了解哪些信息? 是仅想知道病情结果, 还是想了解如何进行治疗? 根据患者是否回避而决定是与患者还是与其家属进行沟通。④提供知识 (K): 医师通过评估患者对疾病的感知与态度, 告之疾病的检查结果。应根据患者的文化水平、理解能力, 使用通俗易懂的语言, 避免使用“病情很严重, 若不治疗, 你可能会面临死亡”或“我们也无能为力”等让患者产生很大思想负担的语言。⑤情感支持 (E): 医护人员通过观察患者反应、识别患者情感、找出患者情绪反应原因、对患者的情感表达做出反应4个方面为患者提供情感支持。⑥策略与总结 (S): 医护人员进行病情告知后, 询问患者是否要继续治疗, 对部分未做好准备或打算放弃的患者, 责任护士应详细对患者及其家属讲解治疗的

意义, 鼓励患者树立战胜疾病的信心, 缓解负性情绪, 积极治疗。

1.3 观察指标 比较两组干预前后自我接纳水平、心理状态。

①采用自我接纳问卷评估患者的自我接纳水平, 包括自我接纳、自我评价两个方面, 共16个条目, 其中8个条目为反向计分, 为自我接纳因子, 另8个条目为正向计分, 为自我评价。使用4级评分法, 得分越高说明患者自我接纳程度越高。

②采用汉密尔顿焦虑量表 (HAMA)、汉密尔顿抑郁量表 (HAMD) 评估患者的心理状态。HAMA量表共14个条目, 总分0~56分, HAMD量表共17个条目, 总分0~68分, 得分越低说明患者心理状态越好。

1.4 统计学方法 使用SPSS25.0对此次研究得出的数据进行处理与分析, 自我接纳水平、心理状态得分等计量资料符合正态分布, 以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示后用 t 进行数据检验, 计数资料用 $(n, \%)$ 表示后用 χ^2 进行数据检验, 当 $P<0.05$ 时表示数据差异有显著性, 有统计学意义。

2 结果

2.1 六步癌症告知模型6个步骤的实际执行情况 调查结果显示, 六步癌症告知模型6个步骤实际执行情况不一, 由高到低顺序是: 情感支持 (80.49%, 33/41) > 提供知识 (75.61%, 31/41) > 面谈准备 (70.73%, 29/41) > 策略与总结 (51.23%, 21/41) > 患者信息需求度 (31.71%, 13/41) > 感知评估 (26.83%, 11/41)。

2.2 对自我接纳水平的影响 干预前, 两组患者自我接纳、自我评价得分比较无明显差异 ($P>0.05$); 干预后, 两组患者自我接纳、自我评价得分均明显升高, 且试验组明显高于参照组 ($P<0.05$)。见表1。

表1 干预前后两组肺癌患者自我接纳水平比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	自我接纳		t值	P值	自我评价		t值	P值
		干预前	干预后			干预前	干预后		
试验组	41	17.98 ± 3.32	24.53 ± 3.28	8.987	<0.001	19.69 ± 3.79	26.47 ± 3.36	8.571	<0.001
参照组	41	17.78 ± 3.39	20.12 ± 2.96	3.329	0.001	19.54 ± 3.35	22.05 ± 3.80	3.173	0.002
t值		0.270	6.391			0.190	5.580		
P值		0.788	<0.001			0.850	<0.001		

2.3 对心理状态的影响 干预前, 两组患者HAMA、HAMD量表得分比较无明显差异 ($P>0.05$); 干预后, 两组患者

HAMA、HAMD量表均明显降低, 且试验组明显低于参照组 ($P<0.05$)。见表2。

表2 干预前后两组肺癌患者HAMA、HAMD量表得分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	HAMA量表		t值	P值	HAMD量表		t值	P值
		干预前	干预后			干预前	干预后		
试验组	41	22.65 ± 4.58	9.54 ± 1.22	17.711	<0.001	25.61 ± 5.17	13.61 ± 1.54	14.244	<0.001
参照组	41	22.62 ± 4.53	16.56 ± 1.26	8.252	<0.001	25.24 ± 5.11	20.09 ± 1.48	19.052	<0.001
t值		0.030	25.629			0.326	19.426		
P值		0.976	<0.001			0.745	<0.001		

3 讨论

常规癌症告知为了避免患者知晓后病情加重, 甚至出现自杀行为, 往往选择告之患者家属而向患者隐瞒。这种行为既违背了患者的知情权, 又可能因为患者察觉家属的异常行为而加重其思想负担, 对治疗效果、预后造成影响^[5]。

六步癌症告知模型通过面谈准备、感知评估、患者信息需求度、提供知识、情感支持、策略和总结6个步骤, 使医患

双方构建了良好的沟通方式, 能够帮助医护人员将“坏消息”告之患者及其家属^[6]。本研究显示, 六步癌症告知模型6个步骤实际执行情况由高到低顺序是: 情感支持 > 提供知识 > 面谈准备 > 策略与总结 > 患者信息需求度 > 感知评估, 提示目前六步癌症告知模型在策略与总结、患者信息需求度、感知评估3个方面比较薄弱, 应进行重点加强, 并在沟通中注意纠正患者的错误认知。干预后, 两组患者自我接纳、自我评价得分均明

显升高,且试验组明显高于参照组($P<0.05$)。提示六步癌症告知模型可提高患者的自我接纳水平。在六步癌症告知模型实施过程中,护士首先对患者的感知、信息需求度进行评估,其次对患者告知之相应的病情信息,让患者心理有所准备,使患者勇于接受自己患癌的实情,来自医务人员、家属及亲友的情感支持,使患者对治疗又重获信心,更好的接纳自己,积极地配合治疗。本结果与刘小芳等^[7]研究报道相一致。另外,干预后两组患者HAMA、HAMD量表均明显降低,且试验组明显低于参照组($P<0.05$)。提示六步癌症告知模型可降低患者的不良情绪。与李春霞^[8]报道相一致。

总之,六步癌症告知模型可以提高肺癌患者的自我接纳水平,改善其焦虑抑郁情绪,发挥着积极的正性作用,值得推广应用。

参考文献

- [1] 吴云君,岑瑶,梁杉,等.六步标准沟通流程在老年肺癌患者护理沟通中的应用[J].健康必读,2020(33):3.
- [2] 王莉莉,顾则娟,杜艳鸣,等.SHARE沟通模式在乳腺癌患者病情告知中的应用[J].中国护理管理,2019,19(12):1827-1832.
- [3] 刘华艳.六步标准沟通流程在老年肺癌患者护理沟通中的应用方法及预后效果[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(11):130,132.
- [4] 李美,吴琛,韩娟,等.六步癌症告知模型在前列腺癌患者病情告知中的应用[J].护理学杂志,2020,35(10):24-27.
- [5] 雷芳,陈渊青,罗红,等.老年初诊癌症患者的病情告知及生活质量促进策略[J].实用预防医学,2016,23(8):960-964.
- [6] 宋晓琳,尹梅,金琳雅.中晚期癌症治疗中坏消息告知问题研究[J].中国医学伦理学,2019,32(12):1571-1574,1585.
- [7] 刘小芳,周新皓,刘国泰.护士为主导的团体心理辅导对晚期肺癌患者心理困扰及自我感受负担的影响[J].中国肿瘤临床与康复,2019,26(2):208-211.
- [8] 李春霞,孙莉莉,熊瑛,等.六步癌症告知模型在肺癌护理中的应用[J].中华现代护理杂志,2020,26(8):1044-1048.

(上接128页)

病相关知识,提高患者认知度,纠正不良生活习惯,改善治疗效果。而细节护理在于关注每个护理环节,将人性化服务理念贯穿于整个护理阶段,以提高患者的生活质量。本研究采用不同护理方法干预2周后,结果发现:联合组MoCA量表各维度评分明显高于入院时及对照组($P<0.05$),提示细节护理联合健康宣教能够改善呼吸衰竭患者的早期认知功能,与陈泓^[7]研究报道相似。此外,联合组PaCO₂、PaO₂、SaO₂水平均明显优于对照组($P<0.05$)。提示细节护理联合健康宣教对患者的血气指标有明显的改善作用。另外,联合组气促缓解时间、咳嗽消失时间、住院时间均短于对照组($P<0.05$),提示细节护理联合健康宣教能够显著的改善患者的临床症状,缩短住院时间。

综上所述,健康宣教可以提高呼吸衰竭患者的疾病知识掌握程度与治疗依从性;在此基础上,通过吸氧、痰液情况、用药、呼吸功能锻炼等方面的细节护理,可改善患者的临床症状与血气指标,提升患者的早期认知功能,值得临床进一步研

究与推广。

参考文献

- [1] 刘萍,余梅,马蕾,等.无创呼吸机治疗慢性阻塞性肺疾病合并重症呼吸衰竭的护理[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(32):133,136.
- [2] 李芳,胡爱红.肺康复训练在呼吸衰竭机械通气患者中的应用[J].当代护士(下旬刊),2020,27(1):34-37.
- [3] 蔡娟.PDCA护理模式对重症肺炎并发呼吸衰竭患者血气及血液生化指标的影响[J].中国药物与临床,2019,19(12):2118-2120.
- [4] 俞森洋.呼吸危重病学[M].北京:中国协和医科大学出版社,2008:503-508.
- [5] 王碧浪.无创正压通气对急性呼吸衰竭患者血气及炎症状态的影响[J].现代实用医学,2020,32(5):575-577.
- [6] 刘凤敏.无创呼吸机治疗II型呼吸衰竭的临床观察[J].中国冶金工业医学杂志,2020,37(3):342-343.
- [7] 陈泓.无创机械通气对COPD合并呼吸衰竭患者认知功能及睡眠质量的影响[J].临床医学研究与实践,2020,5(15):28-29.