

全科模式下心理干预对社区肿瘤患者生命质量影响的研究

石济顺¹, 孙宏伟¹, 龚慧¹, 黄春美¹, 浦骏², 李永超³ (1. 上海市杨浦区定海社区卫生服务中心, 上海 200090; 2. 上海市卢湾区心理咨询师协会, 上海 200020; 3. 上海市杨浦区精神卫生中心, 上海 200090)

摘要: [目的] 研究全科模式下心理干预对社区肿瘤患者生命质量的影响。 [方法] 将符合入选标准的肿瘤患者 225 例随机分为 2 组, 心理干预组 115 例, 对照组 110 例。采用症状自评量表(SCL-90)及简明健康状况调查表(SF-36)评测患者心理健康和生命质量水平。对照组给予社区常规康复治疗, 干预组在社区常规康复治疗基础上给予心理干预。9 个月后, 对患者心理健康水平及生命质量进行重新评价, 确定心理干预对患者的影响。 [结果] 干预前社区肿瘤患者在总分、阳性项目数、躯体化、强迫、人际关系、抑郁、焦虑及恐惧方面因子分高于常模; 与常模相比较, 患者生命质量各维度得分均显著下降。干预后干预组患者心理健康水平及生命质量优于对照组。 [结论] 社区肿瘤患者均存在不同程度和不同维度的心理健康水平及生命质量水平的下降, 全科模式的心理干预能够改善社区肿瘤患者的心理健康水平, 提高其生命质量。

关键词: 社区; 肿瘤患者; 心理干预; 生命质量

中图分类号: R 730.9 **文献标志码:** B

Psychological intervention on community cancer patients' quality of life SHI Ji-shun¹, SUN Hong-wei¹, GONG Hui¹, HUANG Chun-mei¹, PU Jun², LI Yong-chao³ (1. Dinghai Community Health Service Center of Yangpu District, Shanghai 200090, China; 2. Luwan District Association of Psychologist, Shanghai 200020, China; 3. Yangpu District Center of Mental Health, Shanghai 200090, China;)

Abstract: [Objective] To evaluate the effects of psychological intervention on the quality of life of community cancer patients. [Methods] A total of 225 cancer patients from Dinghai community were randomized into intervention group ($n=115$) and control group ($n=110$). The SCL-90 scales and the SF-36 scales were used to measure psychological health and the quality of life. The control group received community routine rehabilitation, and the intervention group received both psychological intervention and community routine rehabilitation. After 9 months, patients' psychological health and quality of life were assessed. [Results] Before the intervention, patients' SCL-90 and SF-36 scores of the two groups were significantly lower than those of norm group. After 9 months, the psychological health and quality of life in the intervention group were better than those in the control group. [Conclusion] The cancer patients in the community all have psychological disorders and poor quality of life. Psychological intervention can improve their mental health and quality of life.

Key words: Community; Cancer patients; Psychological intervention; Quality of life

随着现代医学模式的转变, 心理因素与肿瘤的关系逐渐引起人们的重视。医学实践证明, 不良的心理因素不但是致癌的重要原因, 也是癌症患者不良预后的重要影响因素。目前, 在肿瘤治疗中以提高生命质量为主要目的的多学科综合治疗措施已被国内外学者公认为最佳的治疗模式, 心理干预是肿瘤社区康复

的重要内容之一, 在肿瘤患者序贯治疗中占有重要地位。本研究目的在于调查社区肿瘤患者心理健康水平和生命质量水平, 探讨在全科模式下心理干预对社区肿瘤患者生命质量的影响。

1 对象与方法

1.1 对象

入组标准: ① 年龄 ≥ 18 岁; ② 病理学或细胞学诊断为恶性肿瘤; ③ 抗癌治疗完成后 2 个月以上; ④

基金项目: 上海市杨浦区医学重点项目(2009AA003-06)。

作者简介: 石济顺(1972—), 男, 全科主治医师, 国家二级心理咨询师。

无精神认知障碍;⑤ 预计生存期在 3 个月以上;⑥ 签署知情同意书。

排除标准:① 既往有精神疾病史;② 精神疾患阳性家族史;③ 有严重视听障碍可能影响对问卷的正确理解和回答者。

2010 年 1—12 月,在上海市杨浦区定海社区卫生服务中心管辖社区内筛选符合入选标准的肿瘤患者 225 例,按随机数字表法分为两组,心理干预组 115 例,对照组 110 例。干预组中 2 例患者未完成干预退出,1 例失访,共 112 例;对照组中 1 例失访,另有 1 例死亡退出研究,共 108 例。量表有效回收率为 97.8%。两组患者的性别、年龄、职业、文化程度、婚姻状况、经济状况等一般人口学资料间差异无统计学意义,病程、癌症种类、接受过的治疗等疾病诊疗方面差异亦无统计学意义(表 1),两组均衡性较佳。

表 1 干预组、对照组患者一般情况比较

项目	干预组	对照组	χ^2 值	P 值
性别				
男	59	48	1.49	>0.05
女	63	60		
年龄(岁)				
<60	22	20	0.05	>0.05
≥60	90	88		
文化程度				
初中及以下	62	53	0.89	>0.05
高中及中专	32	36		
大专及以上	18	19		
职业				
工人	71	76	2.91	>0.05
工程师	10	7		
干部	12	14		
其他	19	11		
婚姻状况				
离异或丧偶	8	11	0.65	>0.05
完整	104	97		
家庭月收入(元)				
≤3000	25	28	1.85	>0.05
3001~5000	69	57		
>5000	18	23		
病程(年)				
<5	74	68	1.46	>0.05
5~10	21	27		
>10	17	13		
癌症种类				
胃癌	23	19	2.84	>0.05
结肠癌	16	22		
乳腺癌	24	26		
直肠癌	17	18		
其他	32	23		
接受的主要治疗				
手术	39	31	1.78	>0.05
放疗	14	18		
化疗	12	13		
手术+放疗	6	8		
放疗+化疗	41	38		

1.2 研究工具

① 肿瘤患者的一般资料问卷,包括年龄、性别、文化程度、职业、经济状况、诊断时间、肿瘤分期等。② 症状自评量表(Symptom Checklist-90, SCL-90)^[1],该量表包括躯体性、强迫症状、人际关系敏感、抑郁、焦虑、敌对、恐怖、偏执、精神病性等 9 个症状因子共 90 个项目,分为 0~4 五级评分,其各症状效度系数为 0.78~0.99。该量表能较准确地评估患者自觉症状特点,从不同侧面反映个体心理健康,得分越高,心理健康水平越低。③ 简明健康状况调查表(the MOS item short form health survey, SF-36)^[2],此表被广泛应用于普通人群的生存质量测定、临床实验效果评价及卫生政策评估等领域,它从生理机能、生理职能、躯体疼痛、一般健康状况、精力、社会功能、情感职能以及精神健康共 8 个方面概括了被调查者的生存质量。共有 36 个问题,8 个维度内容,各维度设 2~10 项问题。0 分为最低值,100 分为最高值,分值越高生活质量越好。

1.3 方法

初次随访时完成一般资料问卷调查,填写 SCL-90 量表、SF-36 量表。对照组给予社区常规康复治疗,干预组给予社区常规康复治疗和心理干预。9 个月后再对两组进行 SCL-90、SF-36 再评分。

心理干预的内容包括:① 成立心理干预团队。干预组患者分成 5 个活动团队,尽量以病种来划分,每组 15~20 人。② 一般性支持治疗。在日常社区的康复中与患者建立良好关系,通过倾听、劝慰、启发、建议、激励等方式消除患者疑虑,建立信心。③ 认知疗法。针对患者错误的认知,采用交流、发放健康教育手册并讲解其内容、评价接受程度,改变他们的不良认知,逐渐消除患者不良情绪和行为。④ 情感疏泄。通过与心理咨询师、全科医师的交谈、倾诉,让患者情绪缓解。⑤ 行为治疗。肌肉放松训练和内心的意念引导,在轻音乐背景下,从头到脚松弛肌肉,在肌肉放松的基础上想象体内的抵抗力正在杀灭肿瘤细胞,以调动机体的抵抗力。该方法教会患者自己进行,要求每次 15~20 min,每日 2 次。⑥ 家庭疗法。定期与患者配偶交谈 1 次,协助改善患者与配偶的关系,鼓励夫妻彼此支持,加强沟通,建立和谐的家庭关系。⑦ 每月对患者主动干预 1 次。

1.4 统计学分析

数据使用 SPSS 13.0 统计分析软件,以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验, *P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 入选初期患者心理健康水平和生命质量水平

2.1.1 心理健康水平 患者在总分、阳性项目数、躯体化、强迫、人际关系、抑郁、焦虑及恐怖方面因子分高于常模。干预组与对照组相比,各方面分数差异无

统计学意义(表2)。

2.1.2 生命质量水平 患者生命质量与国内常模相比,各维度得分均显著下降,差异有统计学意义。干预组与对照组相比,差异无统计学意义(表3)。

表2 干预前患者 SCL-90 各因子分比较

项目	干预组	对照组	国内常模	t_1 值	t_2 值	t_3 值
总分	152.92 ± 25.99	147.46 ± 25.06	129.96 ± 23.00	9.07 *	7.03 *	1.58
躯体化	1.97 ± 0.29	1.93 ± 0.28	1.37 ± 0.48	19.80 *	18.75 *	1.04
强迫	2.17 ± 0.42	2.10 ± 0.41	1.62 ± 0.58	12.90 *	11.32 *	1.25
人际关系敏感	1.85 ± 0.40	1.79 ± 0.38	1.65 ± 0.61	4.86 *	3.50 *	1.14
抑郁	1.91 ± 0.38	1.84 ± 0.36	1.50 ± 0.59	10.45 *	8.93 *	1.40
焦虑	1.75 ± 0.34	1.69 ± 0.33	1.39 ± 0.43	10.55 *	8.88 *	1.33
敌对	1.43 ± 0.41	1.42 ± 0.39	1.46 ± 0.55	0.72	0.99	0.19
恐怖	1.96 ± 0.48	1.89 ± 0.47	1.23 ± 0.41	15.64 *	14.18 *	1.09
偏执	1.42 ± 0.42	1.37 ± 0.41	1.43 ± 0.57	0.235	1.42	0.89
精神病性	1.28 ± 0.37	1.24 ± 0.35	1.29 ± 0.42	0.27	1.41	0.82
阳性项目数	37.17 ± 8.71	35.84 ± 8.40	24.92 ± 18.41	12.76 *	11.53 *	1.15

t_1 : 干预组与国内常模比较; t_2 : 对照组与国内常模比较; t_3 : 干预组与对照组比较; *: $P < 0.01$

表3 干预前患者生命质量得分比较

维度	干预组	对照组	国内常模	t_1 值	t_2 值	t_3 值
生理功能	50.08 ± 12.52	48.29 ± 12.08	82.2 ± 19.8	25.14 *	25.82 *	0.94
躯体疼痛	53.09 ± 15.77	51.20 ± 15.20	81.5 ± 20.5	18.08 *	19.84 *	0.85
生理职能	46.62 ± 19.43	44.95 ± 18.73	81.2 ± 33.6	17.21 *	19.59 *	0.61
总体健康	46.62 ± 16.35	44.95 ± 15.76	56.7 ± 20.2	6.22 *	7.71 *	0.72
活力	41.55 ± 15.86	40.06 ± 15.30	52.0 ± 20.9	6.60 *	8.06 *	0.66
社会功能	50.98 ± 18.22	49.16 ± 17.57	83.0 ± 17.8	18.04 *	19.38 *	0.71
情感职能	46.97 ± 17.80	45.29 ± 17.17	84.4 ± 32.4	20.14 *	22.70 *	0.67
精神健康	47.19 ± 19.31	45.51 ± 18.62	59.7 ± 22.7	6.56 *	7.89 *	0.66

t_1 : 干预组与国内常模比较; t_2 : 对照组与国内常模比较; t_3 : 干预组与对照组比较; *: $P < 0.01$

2.2 全科模式心理干预对患者的影响

2.2.1 心理干预对患者心理健康水平的影响 经心理干预后,干预组较对照组在 SCL-90 的总分、躯体化、强迫、人际关系敏感、抑郁、焦虑、恐怖因子分及阳性项目数方面均有改善(表4)。

2.2.2 心理干预对患者生命质量的影响 经心理干预后,干预组生命质量在生理功能、躯体疼痛、总体健康、活力、情感职能和精神健康各维度得分显著高于对照组(表5)。

表4 干预后干预组与对照组的 SCL-90 各因子分比较

项目	干预组	对照组	t 值	P 值
总分	143.91 ± 18.97	149.00 ± 16.86	2.11	<0.05
躯体化	1.36 ± 0.23	1.81 ± 0.29	12.72	<0.01
强迫	1.63 ± 0.38	2.14 ± 0.32	10.78	<0.01
人际关系敏感	1.56 ± 0.28	1.85 ± 0.36	6.65	<0.01
抑郁	1.61 ± 0.27	1.82 ± 0.35	4.79	<0.01
焦虑	1.53 ± 0.29	1.72 ± 0.31	4.69	<0.01
敌对	1.44 ± 0.29	1.41 ± 0.43	0.60	>0.05
恐怖	1.81 ± 0.35	1.70 ± 0.44	2.05	<0.05
偏执	1.38 ± 0.30	1.39 ± 0.38	0.22	>0.05
精神病性	1.30 ± 0.4	1.26 ± 0.30	0.84	>0.05
阳性项目数	27.88 ± 6.5	36.32 ± 8.19	8.45	<0.01

表5 干预后干预组与对照组生命质量得分比较

维度	干预组	对照组	t 值	P 值
生理功能	65.18 ± 15.31	53.48 ± 15.55	5.62	<0.01
躯体疼痛	70.98 ± 16.18	67.00 ± 12.76	2.03	<0.05
生理职能	49.04 ± 14.04	46.13 ± 10.43	1.75	>0.05
总体健康	49.35 ± 15.21	45.56 ± 11.06	2.12	<0.05
活力	44.32 ± 9.61	41.18 ± 11.38	2.21	<0.05
社会功能	52.39 ± 19.17	50.53 ± 16.04	0.78	>0.05
情感职能	63.38 ± 17.51	47.27 ± 16.45	7.04	<0.01
精神健康	50.89 ± 16.38	45.36 ± 17.41	2.42	<0.05

3 讨论

3.1 肿瘤患者的心理健康水平与生命质量水平下降 心理健康水平测定结果显示,肿瘤患者的心理健

康水平显著降低,存在明显的焦虑、抑郁等心理障碍和人际关系问题。生命质量水平测定结果显示,肿瘤患者生命质量水平明显降低,且随着病程的进展,生命质量水平进一步下降。当患者被诊断为肿瘤后,原有的生活方式、生活目标被改变,工作能力的丧失导致患者在社会和工作单位的地位下降,以往建立的人际关系不能维系,进而影响了个体对疾病的反应能力,并出现不同程度的心理反应,如恐惧、焦虑、愤怒、抑郁等。邹建军等^[3]对上海市社区2 525例各种癌症患者的调查表明,抑郁的总发生率为23.3%,国外学者Zabora等^[4]对14种癌症共4 996名患者调查显示,抑郁发生率为35.1%。生命质量主要由人的身体、心理和社会等多方面因素决定,是人的主观体验,对恶性肿瘤患者而言,生命质量的提高显得相当重要,生命质量已被证实为癌症的独立预后因素^[5]。

3.2 全科模式下心理干预能改善肿瘤患者心理状况和生命质量

肿瘤作为一种严重的身心疾病,心理、社会因素在其发生、转归中具有重要的作用。研究显示,生存质量和心理状态密切相关,有效的心理干预能够促进肿瘤患者生存质量的提高^[6-7]。心理治疗可以帮助患者达到和维护其躯体、情感、精神、职业和社会行为能力的最佳状态,获得尽可能好的生存质量^[8]。本研究显示,在全科模式下对肿瘤患者进行心理干预后,干预组较对照组在SCL-90总分、躯体化、强迫、人际关系敏感、抑郁、焦虑、恐怖因子分及阳性项目数方面,以及生理功能、躯体疼痛、总体健康、活力、情感职能和精神健康各维度均有改善。

通过社区服务的平台,组建包括全科医师、心理咨询师在内的服务团队,在社区对肿瘤患者进行规范的心理干预,能有效改善肿瘤患者的人际关系,最大限度地减轻心理不良情绪,达到提高肿瘤患者生命质量目的,体现全科医疗模式在社区肿瘤患者照顾中的独到作用。

4 参考文献

- [1]汪向东,王希林,马弘.心理卫生评定量表手册[M].北京:中国心理卫生杂志社,1999:31-55.
- [2]王红妹,李鲁,沈毅.中文版SF-36量表用于杭州市区居民生命质量研究[J].中华预防医学杂志,2001,35(6):428-430.
- [3]邹建军,郑颖,曹传武,等.上海市社区癌症患者抑郁状况初步研究[J].癌症进展杂志,2004,2(5):361.
- [4]Zabora J, Brintzenhofe SK, Curbow B, et al. The prevalence of psychological distress by cancer site[J]. Psychooncology, 2001,10(1):19.
- [5]乔洁.癌症患者生活质量的研究进展[J].上海护理,2007,7(3):59-61.
- [6]赵福云,许从芳,李遵清.肿瘤患者生存质量的干预对策[J].国际护理学杂志,2009,28(1):64-66.
- [7]徐琪,郑茂根,赵艾君,等.心理护理及健康教育对老年肺癌患者生存质量及情绪的影响[J].中国全科医学,2011,14(11):3725-3726.
- [8]李佩文.肿瘤患者生存质量的中西医维护[M].北京:人民卫生出版社,2006:306.

(收稿日期:2012-02-24)

(上接第266页)

采样时,将样品保存在0℃~10℃条件下,并于3 h内送检验机构检验。因此,为保证现榨饮料安全,建议标准也明确现榨饮料贮存温度为0℃~10℃,从制作到食用时间控制在3 h内。

4 参考文献

- [1]胡明华,凌志毅,王毓仙,等.现榨果蔬汁饮料的卫生标准探讨[J].上海预防医学,2005,17(1):36-37.
- [2]王锦绣,伊卡佳,叶冰鸿,等.餐饮业现榨饮料加工现状及

管理对策[J].中国公共卫生管理,2011,27(3):259-261.

- [3]郝荣章,王立贵,邱少富,等.食源性数据库的建立[J].公共卫生与预防医学,2011,22(5):5-9.
- [4]何晓灵,郭凌.蔬菜与水果的贮存与质量变化的研究[J].广州化工,2000,28(4):20-23.
- [5]周玉春,杨美华,许军.展青霉素的研究进展[J].贵州农业科学,2010,38(2):112-116.

(收稿日期:2012-03-29)