

- 病患者的护理效果[J]. 现代消化及介入诊疗, 2020, 15 (S01): 0262-0263.
- [13] 武珊珊. 基于动机行为转化的主被动康复锻炼对膝关节置换术后患者功能恢复的影响[J]. 中国医药导报, 2021, 18 (13): 185-188.
- [14] 高怡, 章少华, 贾艳. 基于动机行为转化的康复护理在四肢骨折患者术后康复中的应用[J]. 中国医药导报, 2021, 18 (29): 174-177.

收稿日期: 2024-07-04

责任编辑: 雷长国

人文关怀联合心理护理干预对食管癌化疗患者心理状态及生活质量的影响

李文, 买琳, 卜路敏, 刘静雅, 王梦, 张磊
(郑州市第三人民医院, 河南 郑州 450000)

【摘要】目的: 分析人文关怀联合心理护理干预在食管癌化疗患者中的应用价值。**方法:** 将医院收治的92例食管癌化疗患者按入院顺序分为对照组($n=46$)与观察组($n=46$), 两组均行常规对症护理; 对照组加用心理护理, 观察组采用心理护理联合人文关怀; 应用癌症患者心理调节问卷(PASCP)分析两组心理状况、应用汉化口服化疗药物依从性量表(OCAS)对比两组治疗依从性、采用欧洲癌症研究治疗组织生活质量量表(QLQ-C30)对比两组生活质量, 比较两组患者护理满意度。**结果:** 干预后, 观察组PASCP评分、OCAS评分、QLQ-C30评分、满意度高于对照组($P < 0.05$)。**结论:** 人文关怀联合心理护理干预可改善患者心理状态及生活质量, 提高患者治疗依从性和护理满意度, 临床效果显著。

【关键词】 人文关怀; 心理护理; 食管癌化疗; 心理状态; 生活质量

【中图分类号】 R473.73 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1008-4983(2025)02-0206-04

食管癌是临床常见恶性肿瘤, 其致死率仅次于胃癌^[1]。近年来, 食管癌患病率逐年上升, 且逐渐呈年轻化趋势。食管癌治疗方式主要为手术治疗及术后化疗, 而治疗过程中, 患者易出现多种心理及生理反应, 包括心理状态差、治疗情绪不佳、对生活及未来失望等, 进而影响疾病预后, 降低患者生活质量^[2]。以往临床护理仅重视患者疾病改善效果, 对其心理干预不足^[3]。司晓培等^[4]将心理护理应用于食管癌患者中, 发现可改善食管癌患者心理状态, 提升其治疗信心。人文关怀护理是临床心理护理学科的核心, 以患者内心为基础, 尊重患者心理想法, 加强关怀程度, 可提高患者治疗信心, 促进疾病康复^[5]。杜华艳等^[6]学者将人文关怀护理应用于肺癌化疗患者中, 发现干预后患者心理状态、治疗依从性显著提升, 临床意义显著。本研究以食管癌化疗患者为对象, 将人文关怀联合心理护理干预应用于食管癌化疗患者进行探讨, 结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2021年10月至2023年10月郑州市第三人民医院肿瘤科收治的92例食管癌化疗患者, 随机分为两组, 每组46例。对照组男26例, 女20例; 年龄42~74岁, 平均(53.57±3.62)岁; 病程2~19月, 平均(6.41±1.64)月; 卡氏评分63~85分, 平均(70.85±2.34)分; 肿瘤临床分期Ⅱ期5例, Ⅲ期16例,

Ⅳ期25例; 文化程度小学及中学19例, 高中及中专22例, 大专及以上5例。观察组男28例, 女18例; 年龄40~75岁, 平均(53.38±3.62)岁; 病程3~17月, 平均(6.85±1.42)月; 卡氏评分60~82分, 平均(71.48±2.68)分; 肿瘤临床分期Ⅱ期4例, Ⅲ期18例, Ⅳ期24例; 文化程度小学及中学18例, 高中及中专23例, 大专及以上4例。两组患者一般资料无统计学意义($P > 0.05$)。本研究获得医院伦理委员会批准。

1.2 纳排标准 纳入标准: (1) 经病理学、免疫组织学诊断确诊, 符合《中国食管癌放射治疗指南(2019年版)》^[7]; (2) 卡氏评分 ≥ 60 分; (3) 预计生存期 > 6 个月; (4) 患者及家属知情。排除标准: (1) 重要器官功能障碍; (2) 精神病史; (3) 化疗药物过敏史; (4) 其他恶性肿瘤; (5) 参加过其他心理研究。

1.3 护理方法 对照组应用常规护理加心理护理干预。常规护理包括确保患者获得足够的营养, 选择富含蛋白质和维生素的食物, 避免辛辣、刺激性食物和饮料, 维持身体营养状态, 鼓励患者多喝水, 保持良好的水分平衡, 定期刷牙, 使用软毛牙刷及温和牙膏, 保持适当的休息, 定期监测患者血常规、肝功能等指标, 及时发现并处理化疗副作用, 告诫患者按时服药、定期复查。心理护理包括加强沟通, 告知患者详细治疗过程、可能的副作用和预期效果, 了解患者情绪状态, 倾听其感受,

作者简介: 李文(1990-), 女, 主管护师, 主要从事肿瘤护理方向研究。

鼓励患者表达情绪，提供情绪支持和理解，让患者感到被关心和支持，教授患者调节心理状态技巧，包括深呼吸、冥想等，鼓励患者保持积极的生活态度，正面面对治疗过程中的挑战，教育患者如何进行自我照顾，包括适当的休息、饮食和锻炼，以促进身体和心理的康复。

观察组在对照组基础上应用人文关怀护理干预。包括(1)组建护理团队。包括1名心理咨询师、1名护士长及5名护士，护理前对组内成员进行培训，加强成员沟通能力及沟通技巧，保证其对人文关怀护理具有一定认识及实施能力，经考核后达标上岗。(2)环境打造。为患者创造温馨、舒适、安静的治疗环境，提供独立的治疗空间，使用柔和的照明、温暖的颜色和舒适的家具，提供适当的隔离措施，利用自然光线，让阳光能够进入治疗区域，并在治疗区域放置一些绿植，尊重患者音乐喜好，为其提供个性化音乐服务，减轻患者焦虑和紧张感，使患者感到放松和舒适。(3)人性化健康教育。提供清晰、简明易懂的医学信息，如通过医学手册、视频等方式，避免使用过于专业或难以理解的术语，为患者建立开放、互动的沟通渠道，鼓励患者提出问题和分享疑虑，并对患者的问题作出及时、真实回应，教导患者如何进行自我监测、药物管理和其他康复活动，帮助患者在日常生活中有效地应对疾病和治疗。(4)帮助患者宣泄情绪。为患者提供一个安全、私密的环境，告知患者无论是愤怒、沮丧还是恐惧，都是正常的，肯定患者感受，使其感到被理解和支持，再通过提问和引导，鼓励患者分享感受和情绪，根据患者具体情况提供心理健康支持，必要时需通过心理医生，为患者提供更深层次

的情绪宣泄渠道。(5)鼓励家属与患者沟通。帮助家属学习有效的倾听技巧，包括主动倾听、理解和回应患者的言辞，鼓励家属与患者分享感受、疑虑和期望，为家属提供关于癌症和治疗过程的心理健康教育，加深家属对患者状况的理解，以有效疏导患者不良情绪及心理反应。

1.4 观察指标 (1)心理状态。应用癌症患者心理调节问卷(PASCP)分析两组心理状况^[8]，包括情绪/自尊(5~50分)、主观感受(8~40分)、日常生活(5~25分)、人际关系/社会生活(6~30分)、其他(6~30分)5个维度，分数与心理状态呈反比。(2)依从性。应用汉化口服化疗药物依从性量表(OCAS)对比两组治疗依从性^[9]，包括预期行为、服药障碍、药物使用3个维度19条目，分数15~76分，分数与依从性成正比。(3)生活质量。采用欧洲癌症研究治疗组织生活质量量表(QLQ-C30)^[10]，分数与生活质量成正比。(4)满意度。自制满意度量表，根据护理人员护理知识及操作告知、基础工作、病房管理、工作能力及关爱患者程度评定，共100分，非常满意>90分，满意80~90分，较满意60~79分，不满意<60分，观察满意度。

1.5 统计学分析 将数据录入SPSS26.0进行分析。计数资料以[n(%)]表示、进行 χ^2 检验；计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示、进行t检验。 $P < 0.05$ 代表差异显著。

2 结果

2.1 心理状态 干预前，两组患者PASCP评分无差异($P > 0.05$)；干预后，两组PASCP评分高于干预前，且观察组高于对照组($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组患者PASCP评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别		对照组 (n=46)	观察组 (n=46)	t	P
情绪/自尊	干预前	13.43 ± 1.64	13.74 ± 1.53	0.937	0.351
	干预后	20.87 ± 3.36*	22.87 ± 3.63*	2.742	0.007
主观感受	干预前	23.36 ± 2.64	23.03 ± 2.47	0.619	0.537
	干预后	31.73 ± 3.47*	34.28 ± 3.81*	3.356	0.001
日常生活	干预前	11.83 ± 1.99	12.06 ± 1.59	0.612	0.542
	干预后	14.65 ± 1.66*	15.86 ± 2.80*	2.521	0.013
人际关系/社会生活	干预前	15.59 ± 1.44	16.01 ± 1.48	1.379	0.171
	干预后	26.86 ± 3.00*	28.43 ± 1.99*	2.958	0.004
其他	干预前	11.99 ± 1.66	12.01 ± 1.48	0.061	0.951
	干预后	23.26 ± 3.40*	25.13 ± 3.49*	2.603	0.011

注：与干预前比较，* $P < 0.05$ 。

2.2 依从性 干预前，两组患者OCAS评分无差异($P > 0.05$)；干预后，两组OCAS评分高于干预前，且观察

组高于对照组($P < 0.05$)。见表1。

表2 两组患者PASCP评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别		对照组 (n=46)	观察组 (n=46)	t	P
预期行为	干预前	12.54 ± 1.46	12.73 ± 1.58	0.599	0.551
	干预后	18.28 ± 3.43	20.64 ± 3.28	3.373	0.001
服药障碍	干预前	13.35 ± 2.64	13.38 ± 2.14	0.060	0.952
	干预后	17.38 ± 3.51	19.34 ± 3.85	2.552	0.012
药物使用	干预前	11.18 ± 1.38	12.51 ± 1.85	3.908	0.000
	干预后	17.62 ± 1.67	19.28 ± 2.64	3.604	0.001

2.3 生活质量 干预前, 两组患者 QLQ - C30 评分无差异 ($P > 0.05$); 干预后, 两组 QLQ - C30 评分高于干预

前, 且观察组高于对照组 ($P < 0.05$)。见表3。

表3 两组患者 QLQ - C30 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别		对照组 (n=46)	观察组 (n=46)	t	P
躯体功能	干预前	52.65 ± 6.43	52.96 ± 6.47	0.230	0.818
	干预后	60.76 ± 6.72*	65.36 ± 7.74*	3.044	0.003
角色功能	干预前	51.76 ± 6.39	51.92 ± 6.22	0.122	0.903
	干预后	60.01 ± 6.51*	64.65 ± 7.78*	3.102	0.003
认知功能	干预前	46.62 ± 5.63	46.36 ± 6.17	0.211	0.833
	干预后	64.95 ± 6.68*	69.59 ± 7.74*	3.078	0.003
情绪功能	干预前	55.62 ± 6.80	55.60 ± 5.62	0.015	0.988
	干预后	63.54 ± 5.32*	67.42 ± 6.33*	3.183	0.002
社会功能	干预前	44.73 ± 5.75	45.02 ± 5.58	0.245	0.807
	干预后	50.84 ± 5.22*	54.46 ± 6.05*	3.073	0.003

注: 与干预前比较, * $P < 0.05$ 。

2.4 满意度 干预后, 观察组患者满意度高于对照组

($P < 0.05$)。见表4。

表4 两组患者满意度比较 [n (%)]

组别	例数	非常满意	满意	较满意	不满意	满意度
对照组	46	10 (21.74)	18 (39.13)	9 (19.57)	9 (19.57)	37 (80.43)
观察组	46	21 (45.65)	16 (34.78)	8 (17.39)	1 (2.17)	45 (97.83)
χ^2						5.498
P						0.019

3 讨论

因食管癌症状不明显, 故一般确诊及中晚期, 病死率较高, 故患者在得知后一般会出现紧张、恐惧等不良心理, 影响了手术及化疗治疗的预后效果, 故需采取相应护理措施加强患者心理质量^[11]。心理护理是临床最为常见的改善患者心理状态干预方式, 具有良好护理效果, 然而, 部分患者对心理护理的接受度有一定差异, 有些人愿意主动寻求心理支持, 而部分对生活、生存失去信心患者可能拒绝或抵触心理护理, 导致心理护理干预不明显, 需进一步加强^[12]。人文关怀护理以患者为中心, 以尊重、理解和关爱患者为医疗护理理念, 强调不仅要关注患者身体健康, 还要关心其心理、社会和精神层面需求, 通过开放的沟通方式, 与患者共同制定治疗计划, 使患者参与自己的医疗决策, 关注患者的情操和环境, 提高患者康复效果和生活质量^[13]。李俊芳^[14]等将人文关怀护理应用于糖尿病并发症患者中, 发现患者自主护理能力增强, 遵医行为提升, 对未来生活充满信心, 护理满意度提升。

本次研究结果显示: 干预后, 观察组 PASCIP 评分高于对照组 ($P < 0.05$), 分析原因为: 人文关怀护理中环境护理注重创造温馨、舒适的治疗环境, 减轻患者的紧张和不适感; 个性化健康教育提供清晰、通俗易懂的医学信息, 帮助患者更好地理解疾病和治疗, 有助于患者树立信心, 降低对未知的恐惧感; 帮助患者宣泄情绪与鼓励家属与患者沟通注重情感支持, 通过倾听患者的感

受和经历, 提供情感上的理解和共鸣, 减轻患者孤独感, 帮助患者正面对治疗过程中的挑战, 改善心理状态。干预后, 观察组 OCAS 评分高于对照组 ($P < 0.05$), 分析原因为: 个性化健康教育鼓励医患共同决策, 使患者参与治疗计划的制定过程, 对治疗方案进行参与, 加强患者遵医行为; 帮助患者宣泄情绪使患者在情感上得到支持和理解, 更有动力按照医嘱进行药物治疗; 鼓励家属与患者沟通有助于提高患者整体生活质量, 促使患者积极参与治疗; 干预后, 观察组 QLQ - C30 评分高于对照组 ($P < 0.05$), 分析原因为: 个性化健康教育尊重患者的个体价值观和决策, 鼓励患者参与治疗决策的过程, 提高患者护理自主性和生活满意度; 帮助患者宣泄情绪注重情感支持, 与患者建立亲密关系, 提供理解和共鸣, 减轻患者心理负担, 有助于患者更好地理解治疗过程, 减轻紧张感, 提高生活质量; 与鼓励家属与患者沟通关注家庭环境, 提供相应支持和资源, 使患者正向应对疾病, 提高生活质量; 干预后, 观察组满意度高于对照组 ($P < 0.05$), 分析原因为: 个性化健康教育使患者对治疗方案进行参与, 加强对护理表现的满意度; 帮助患者宣泄情绪满足患者在治疗过程中的心理需求, 增强患者对护理人员的信任感, 提高护理满意度。

综上, 对食管癌化疗患者采用人文关怀联合心理护理干预的应用效果显著。

参考文献

[1] 郑杰, 朱艳丽, 田成. 血清 CAR 及炎症指标对老年食管癌患