

阶梯式心理护理对头颈肿瘤患者焦虑抑郁和生活质量的影响

展阳妮¹, 王斌全², 田俊², 刘洁¹, 冯翔¹, 郭珏¹, 贾越³, 郭瑞³

摘要:目的 探讨阶梯式心理护理对头颈肿瘤患者焦虑与抑郁情绪和生活质量的影响。方法 将 86 例有焦虑或抑郁情绪的头颈肿瘤住院患者随机分为干预组和对照组各 43 例, 两组均给予常规健康教育和出院后随访, 干预组在此基础上实施 4 步阶梯式心理护理方案, 包括 2 周观察等待、4 周指导性自助、6 周面对面问题解决疗法、4 周专业心理干预和(或)药物治疗, 干预前后评估患者焦虑抑郁状况和生活质量。结果 干预后干预组焦虑抑郁评分显著低于对照组, 干预有效率显著高于对照组(均 $P < 0.01$), 干预组在疼痛、吞咽、感觉、发声和进食等生活质量方面有显著改善, 与对照组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$, $P < 0.01$)。结论 以阶梯式护理为指导的心理护理可有效改善头颈肿瘤患者的焦虑、抑郁状况, 在一定程度上提升患者生活质量。

关键词: 头颈肿瘤; 焦虑; 抑郁; 生活质量; 阶梯式护理模式; 心理护理; 延续性护理

中图分类号: R473.73; R493 **文献标识码:** A **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2019.05.001

Effect of stepped psychological care on anxiety, depression and quality of life in patients with head and neck cancer Zhan Yangni, Wang Binqun, Tian Jun, Liu Jie, Feng Xiang, Guo Jue, Jia Yue, Guo Rui. School of Nursing, Shanxi Medical University, Taiyuan 030001, China

Abstract: **Objective** To explore the effect of stepped psychological care on anxiety, depression and quality of life in patients with head and neck cancer. **Methods** Totally, 86 hospitalized head and neck cancer patients with HADS-A or HADS-D score > 7 were randomly divided into an intervention group or a control group with 43 cases each. Both groups received routine care and follow-ups after discharge. The intervention group were additionally subjected to a stepped psychological care plan, which included 2 weeks of watchful waiting, 4 weeks of guided self-help, 6 weeks of face-to-face problem solving therapy sessions, and 4 weeks of specialized psychological intervention and/or drug therapy. Both groups were evaluated in terms of anxiety, depression and quality of life before and after intervention. **Results** The intervention group had lower anxiety and depression scores than the control group, with the effective rate significantly higher than the latter ($P < 0.01$ for both). The intervention group also had significant improvements in pain, swallowing, sensory function, phonation, eating, etc., than the controls ($P < 0.05$, $P < 0.01$). **Conclusion** Stepped psychological care could alleviate anxiety and depression levels of patients with head and neck cancer, and enhance the quality of life of them to some extent.

Key words: head and neck cancer; anxiety; depression; quality of life; stepped care model; psychological care; transitional care

头颈肿瘤(Head and Neck Cancer, HNC)居全球范围内恶性肿瘤第七位^[1], 主要包括颈部肿瘤、耳鼻喉科肿瘤及口腔颌面部肿瘤, 因病变部位特殊, 可导致容貌的损坏。尽管当今外科手术、放化疗、靶向治疗等综合治疗方式已经日益成熟, 头颈肿瘤患者仍然面临着死亡的威胁和治疗相关的痛苦, 除了呼吸、说话、吞咽和进食功能的变化, 可能还有难以隐藏的面容缺陷。也正因为这些对人体外表和生理基本功能的不良影响, 头颈肿瘤被认为是所有癌症中“最具情感创伤”的癌症^[2]。有研究报道, 60.62%头颈肿瘤患

者存在抑郁症状^[3], 此类患者自杀率明显高于普通人群和其他癌症患者^[4]。因此, 心理护理是头颈肿瘤治疗的重要组成部分。然而在临床实践中, 有些人认为焦虑抑郁是对癌症的一种预期反应, 导致患者的心理状态常常被忽视, 或者虽然意识到其重要性, 却未规范地进行心理干预。阶梯式护理模式(Stepped Care Model, SCM)^[5]是一种新型心理卫生保健服务模式, 为患者提供三步以上强度不同的循证措施, 干预步骤按强度递增排序, 初期对患者进行低强度、低成本干预, 当干预后患者仍存在或心理困扰加重时, 给予更高强度的干预, 如问题解决疗法、认知行为治疗或药物治疗等^[6]。本研究以阶梯式护理模式为依据, 对头颈肿瘤患者实施阶梯式心理护理并评价应用效果, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2017 年 5 月至 2018 年 5 月入住山西医科大学第一医院肿瘤科、耳鼻喉科、普外科、

作者单位: 山西医科大学 1. 护理学院 2. 第一医院耳鼻喉头颈外科 3. 第一临床医学院耳鼻喉专业(山西 太原, 030001)

展阳妮: 女, 硕士在读, 学生

通信作者: 王斌全, wbq_xyle@126.com

科研项目: 山西医科大学大学生创新创业校级项目(20170133); 山西医科大学第一医院院级基金(YJ1501)

收稿: 2018-10-05; 修回: 2018-12-18

口腔科的头颈肿瘤患者。纳入标准:①符合头颈肿瘤的
诊断标准(ICD-10)^[7],经病理切片确诊;②医院焦
虑和抑郁量表(Hospital Anxiety and Depression
Scale,HADS)中的 HADS-D(抑郁因子)或 HADS-A
(焦虑因子)>7 分^[8];③能自行或在他人帮助下正
理解量表相关内容并作出回答;④自愿参加并坚持完

成本研究。排除标准:①认知功能障碍;②有高自杀
风险;③正在接受焦虑或抑郁症的心理治疗;④同时
患有其他部位肿瘤。本研究获医院伦理委员会批准。
共筛查头颈肿瘤患者 114 例,符合上述标准 86 例,用
随机数字表法将患者分为两组各 43 例。两组一般资
料比较,见表 1。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x}\pm s$)	文化程度(例)			职业(例)		婚姻状况(例)	
		男	女		小学及以下	中学	大专及以上	有固定职业	无固定职业	已婚	离异/丧偶
对照组	43	25	18	51.49±8.55	6	21	16	30	13	30	13
干预组	43	24	19	50.19±8.04	7	23	13	31	12	33	10
统计量		$\chi^2=0.047$		$t=0.728$	$Z=0.656$			$\chi^2=0.056$		$\chi^2=0.534$	
P		0.830		0.278	0.512			0.813		0.467	

组别	例数	肿瘤类别(例)					肿瘤分期(例)		治疗方式(例)			住院时间 (d, $\bar{x}\pm s$)
		喉癌	鼻咽癌	甲状腺癌	舌癌	其他	I~Ⅱ期	Ⅲ~Ⅳ期	手术	放化疗	靶向治疗	
对照组	43	7	8	13	8	7	27	16	10	19	14	13.84±2.57
干预组	43	8	9	18	4	4	30	13	12	16	15	14.65±2.77
统计量		$\chi^2=3.083$					$\chi^2=0.468$		$\chi^2=0.473$			$t=1.413$
P		0.544					0.494		0.789			0.8778

1.2 方法

1.2.1 干预方法

对照组给予常规健康教育和心理护理,内容包括
向患者及家属介绍肿瘤相关知识及疾病的治疗进展,
及时解惑,鼓励患者表达情绪,与病友交流沟通;出院
后每周电话随访进行健康教育,解决患者治疗护理上
的疑难问题。干预组在此基础上由经过培训的阶梯
式护理小组(下称 SC 小组)成员进行阶梯式心理护
理。

1.2.1.1 SC 小组人员培训 在 4 个科室挑选工作 3

年以上,沟通能力较强的护士、护师、具有心理咨询师
资质的护师及主管护师各 1 名(共 16 名护士),精神
卫生科医生及心理咨询师各 1 名组成 SC 小组。18
名成员接受岗前阶梯式心理护理授课培训,内容包括
头颈肿瘤患者的心理特点和影响因素、量表的使用、
SCM 方案以及关于问题解决疗法的理论和实践技
巧,共 4 学时。4 名主管护师负责 4 步干预方案督导
与协调,其余成员负责方案的具体执行。

1.2.1.2 SCM 心理护理的内容与实施方法 见表 1。

样表 1 SCM 心理护理方案内容与实施方法

步骤	干预人员	干预内容	评估	处置
1. 观察等待	SC 小组护士	患者入院后,常规健康教育,不进行额外的心理干预,跟踪观察患者焦虑或抑郁症状是否会逐渐改善,护士向患者解释此步骤,并告知患者若有问题可及时联系护士。	2 周后护士评估	未恢复者(HADS-A 或 HADS-D>7 分)实行下一步干预,恢复者则退出干预。评估仍继续。
2. 指导性自助	SC 小组护师	护师基于问题解决疗法(Problem Solving Therapy,PST)每周通过微信或电话对患者进行 10~15 min 的阶段性指导,获取患者反馈,建立治疗关系后协助患者列出他们认为在生活中重要的问题和关注点,并将其分为三类:A.不重要的问题(与基本生活质量无关的),如容貌问题;B.重要且可控制的问题,如治疗后身体功能重建和社交活动的恢复;C.重要但不可解决的问题,如肿瘤的性质。护师根据问题指导患者运用 PST 六步法(定义和明确问题、设定目标、头脑风暴法生成所有解决方案、讨论利弊并选出最佳方案、实施方案、评估讨论方案效果)解决 B 类问题,维持患者参与热情,给予患者支持。干预 4 周。	4 周后护师评估	
3. 面对面 PST 课程	心理咨询师资质的护师	护师实施个体化 PST,结合《头颈肿瘤外科护理手册》 ^[9] 每周 1 次患者返院接受干预,首次需要 1 h,其余每次 45 min,侧重实践技巧,指导患者缓解疼痛或康复功能训练,如张口功能、颈功能和发音功能等,帮助掌握解决问题的技巧,改变负性认知,重拾自我效能感。干预 6 周。	6 周后心理护师评估	
4. 专业心理干预和(或)药物疗法	精神卫生科医生与心理咨询师	由护士长协同精神卫生科医生加强干预,患者在药物治疗和心理治疗中作出决策,护士长联系医生制定精神药物治疗方案并监测结果,或将患者转诊给心理咨询师,每周 1 次认知行为心理治疗。若选择药物疗法,参与者需付费,患者知情同意。干预 4 周。	4 周后精神卫生科医生评估	

1.2.2 评价方法 ①干预前及干预 16 周(干预后)
焦虑抑郁程度及干预有效率评估。采用 HADS 评估
患者焦虑、抑郁水平^[8],该量表为 14 项自我评估量
表,其中 7 项属于焦虑相关因子(HADS-A),另 7 项
属于抑郁相关因子(HADS-D),每项得分 0~3 分,2
个亚量表的分值 0~7 分为正常,8~10 分为轻度焦
虑/抑郁,11~14 分为中度焦虑/抑郁,15~21 分为重

度焦虑/抑郁。干预后焦虑、抑郁评分≤7 分者为干
预有效。②干预前后生活质量评估。采用头颈部肿
瘤特异性量表(EORTC QLQ-H&N35 V1.0 中文
版)评价^[10]。主要包括疼痛、吞咽、社交、语言等 7 个
症状领域和 11 个单项(牙齿、口干、咳嗽等),均为头
颈部肿瘤的特异性问题。先计算各领域的粗分,再转
换成 0~100 的标准化得分。评分越高提示症状越

多,生活质量越差。

1.2.3 统计学方法 所有数据经两人录入和校对,应用 SPSS19.0 软件行 t 检验、 χ^2 检验和秩和检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组干预前后焦虑/抑郁评分及干预有效率比较 见表 2。

表 2 两组干预前后焦虑/抑郁评分及干预有效率比较

组别	例数	焦虑(分, $\bar{x}\pm s$)		抑郁(分, $\bar{x}\pm s$)		干预有效(例)
		干预前	干预后	干预前	干预后	
对照组	43	8.88±1.01	7.67±0.97	8.53±1.30	7.47±1.05	19
干预组	43	8.84±1.02	5.88±1.01	8.30±1.10	6.09±1.04	35
t/χ^2		0.228	8.411	0.896	6.069	11.549
P		0.820	0.000	0.373	0.000	0.001

2.2 两组干预前后生活质量评分比较 见表 3。

表 3 两组患者干预前后生活质量评分比较 分, $\bar{x}\pm s/M(P_{25},P_{75})$

时间	组别	例数	头颈部疼痛	吞咽功能	感觉	发声讲话	社交进食	社会关系
干预前	对照组	43	33.33±14.31	36.67±15.63	28.33±17.18	43.33±14.37	46.25±16.55	43.67±16.11
	干预组	43	32.02±15.03	35.83±17.54	30.83±19.70	46.67±18.59	45.00±17.40	41.33±19.42
t			0.280	0.159	0.428	0.634	0.233	0.414
P			0.781	0.875	0.671	0.530	0.817	0.682
干预后	对照组	43	32.08±13.04	25.00(16.67,50.00)	25.83±16.64	38.89(33.33,55.56)	42.50±15.51	46.67(40.00,46.67)
	干预组	43	23.75±12.47	16.67(8.33,33.33)	15.83±11.44	33.33(22.22,41.67)	32.50±12.65	33.33(26.67,45.00)
t/Z			2.065	-2.467	2.214	-2.380	2.234	-2.880
P			0.046	0.018	0.033	0.022	0.031	0.006
时间	组别	例数	性能力	牙齿问题	张口问题	口干	唾液黏稠	咳嗽
干预前	对照组	43	39.17±12.42	33.33(0,33.33)	38.33±24.84	46.67±22.69	41.67±21.29	33.33(0,33.33)
	干预组	43	41.67±19.12	33.33(0,33.33)	40.00±25.59	50.00±20.23	43.33±24.42	33.33(0,33.33)
t/Z			0.490	-0.503	0.209	0.490	0.230	-0.233
P			0.627	0.615	0.836	0.627	0.819	0.816
干预后	对照组	43	44.17±13.55	33.33(0,33.33)	35.00±22.88	43.33±19.04	38.33±19.57	33.33(0,33.33)
	干预组	43	39.16±17.33	33.33(0,33.33)	24.99±21.29	30.00±21.36	23.33±21.90	0.00(0,33.33)
t/Z			1.016	0.317	1.431	2.084	2.284	-0.989
P			0.316	0.751	0.161	0.044	0.028	0.323
时间	组别	例数	病态感	服用镇痛药	补充营养	留置鼻饲管	体质量下降	体质量增加
干预前	对照组	43	48.33±27.52	33.33(0,33.33)	31.67±20.16	33.33(0,33.33)	40.00±17.44	0.00(0,33.33)
	干预组	43	51.67±29.57	33.33(0,33.33)	36.67±23.94	33.33(0,33.33)	43.33±24.42	0.00(0,33.33)
t/Z			0.369	-0.242	0.714	-0.297	0.497	-0.303
P			0.714	0.809	0.479	0.766	0.622	0.762
干预后	对照组	43	50.00±22.94	33.33(0,33.33)	36.67±18.42	33.33(0,33.33)	33.33(33.33,66.67)	0.00(0,33.33)
	干预组	43	31.67±27.52	33.33(0,33.33)	33.33±21.63	33.33(0,33.33)	33.33(33.33,66.67)	0.00(0,33.33)
t/Z			-2.288	-1.979	0.525	-0.177	0.472	-0.019
P			0.028	0.048	0.603	0.859	0.637	0.985

2.3 观察组 SCM 心理护理各步骤干预有效患者分布 见表 4。

表 4 观察组 SCM 心理护理各步骤干预有效患者分布

步骤	心理干预(例)	干预有效	
		例数	累计例数
观察等待	43	0	0
指导性自助	39	4	4
面对面 PST 课程	26	13	17
专业心理干预和(或)药物疗法	10	16	33
结束时	8	2	35

3 讨论

3.1 SCM 可有效改善头颈部肿瘤患者心理困扰 头颈部肿瘤患者存在的主要精神障碍是调节障碍和情感障碍(焦虑和抑郁),本研究 86 例患者经 HADS 心理评估存在焦虑抑郁症状,他们多数由于疾病的发生、复发产生恐惧和压力,不断投入人力、物力、财力,加上治疗带来身体上的改变,以及自身就存在的心理弱点^[11-12],心理康复需求更为特殊与迫切。一项研究显示,喉癌患者内心焦虑与抑郁发生率分别为 47.56%和 64.63%^[13]。但由于护理资源和时间的限

制,临床医务人员对患者心理异常及心理困扰程度的评估没有足够重视,大多采用普遍性劝慰或心理疏导^[14],并未针对头颈肿瘤患者的特殊性进行心理干预,相关心理干预研究较少^[15]。本研究结果显示,阶梯式心理护理方案能够有效降低头颈肿瘤患者心理困扰水平,该方案包括护士基于个体发展制定结构简单的 PST 训练内容,增强头颈肿瘤患者问题取向积极化和解决问题的能力,效果不佳者逐步强化,鼓励患者持续讨论现存的症状和不良反应并解决,缓解该人群的心理困扰水平,从而提高机体适应环境和应对疾病的能力。

一项 Meta 分析结果显示,SCM 在治疗步骤、提供的治疗方法、涉及的专业人员和需要增加强度的标准等方面差异很大^[5],因此很难比较研究结果。本研究干预组所有患者通过观察等待后,9.3%患者不需要人员特殊干预即可自我恢复,与 Krebber 等^[16]研究中近 30%的恢复率有很大差别,说明头颈部肿瘤患者治疗后的心理变化有其特殊性。本研究干预组总有效率显著优于对照组,患者焦虑、抑郁评分显著低于对照组(均 $P<0.01$),进一步证实了 SCM 对改

善头颈部肿瘤患者焦虑抑郁心理困扰的效果。

3.2 SCM能促进头颈部肿瘤患者生活质量提高 虽然医疗技术的进步提高了头颈肿瘤患者的生存率,但与健康有关的生活质量是多维度的,治疗时患者的一部分躯体问题可能有所改善,但由于治疗也可能产生新的问题,或者是一些不可逆的问题长期存在,严重影响患者生活质量。如喉癌患者术后气管造瘘口的护理或喉切除导致的呼吸困难和发音障碍,口腔颌面部肿瘤患者癌痛、放化疗期间口腔感染、术后张口困难等对头颈部肿瘤患者的生活质量产生重要影响。有研究显示,48.8%部分喉切除患者存在言语障碍^[17],且头颈肿瘤患者年龄多集中于40~60岁,多数是家庭的中坚力量,躯体功能的良好可以有效重建患者社会角色功能,有效的心理护理不仅可以疏导患者的不良情绪,还可以辅助疗效提升、推动康复治疗效果^[18]。本研究首先对患者干预前的生活质量进行评估,经过2周常规健康教育,4例患者干预有效,39例心理困扰无自行改善者进入第二步干预,护师运用形式简单,患者易接受且低成本的“自助指导”方式,引导患者对生活状况(工作、休闲时间、压力、家庭社交、社会支持等)进行描述和讨论,并以此为依据简单地在微信或电话上指导患者进行颈肩功能锻炼、发声训练、恢复社交活动等,一定程度上可改善患者的生活质量。再4周干预后,13例患者恢复,恢复不够理想的26例患者由护师进一步运用面对面PST技术,针对患者面临的问题进行面对面的交流与指导。再经过6周干预,16例患者恢复。10例患者前三步都未产生效果,主管护师通过与精神卫生科医生协作,通过更为专业的心理治疗纠正患者负面情绪,以改善其认知、睡眠、食欲等生活质量。又经过4周干预,有2例患者恢复。研究期间,干预组患者具有明显的参与意识,与对照组相比,干预组疼痛、吞咽、感觉、进食、发声和社会关系、口干、唾液黏稠、病态感及服用镇痛药评分显著降低,提示阶梯式心理护理对头颈肿瘤患者生活质量的积极影响。然而,体质量改变、性功能、牙齿等问题改善不明显,可能与肿瘤的位置、治疗方式或者疾病的构成比不同有关,需要进一步研究。

综上所述,阶梯式心理护理通过医护人员资质与干预强度的逐步提升,能够结合头颈肿瘤患者自身特点,有效改善头颈肿瘤患者的心理困扰,在一定程度上提高其生活质量。由于样本量限制,后续研究将扩大样本量来进一步验证干预效果,确定受益人群;其次,此方案如何在干预时长和可接受性之间达到平衡有待深入探讨。

参考文献:

[1] Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012[J]. *Int J Cancer*, 2015, 136(5):E359-E386.

- [2] Björklund M, Sarvimäki A, Berg A. Living with head and neck cancer: a profile of captivity [J]. *J Nurs Healthc Chron Ill*, 2010, 2(1):22-31.
- [3] Hong J S, Tian J. Prevalence of anxiety and depression and their risk factors in Chinese cancer patients[J]. *Support Care Cancer*, 2014, 22(2):453-459.
- [4] Oberaigner W, Sperner-Unterweger B, Fieg I M, et al. Increased suicide risk in cancer patients in Tyrol/Austria [J]. *Gen Hosp Psychiatry*, 2014, 36(5):483-487.
- [5] van Straten A, Hill J, Richards D A, et al. Stepped care treatment delivery for depression: a systematic review and meta-analysis[J]. *Psychol Med*, 2015, 45(2):231-246.
- [6] Seekles W, van Straten A, Beekman A, et al. Stepped care treatment for depression and anxiety in primary care. A randomized controlled trial[J]. *Trials*, 2011, 12(1):1-10.
- [7] 孟群,刘爱民. 国家疾病分类与代码应用指导手册(ICD-10)[M]. 北京:中国协和医科大学出版社,2017:759-799.
- [8] Zigmond A S, Snaith R P. The Hospital Anxiety and Depression Scale[J]. *Acta Psychiatr Scand*, 1983, 67(6):361-370.
- [9] 邹艳辉. 头颈肿瘤外科护理手册[M]. 北京:化学工业出版社,2015:1-318.
- [10] 王建平,陈仲庚,林文娟,等. 中国癌症病人生活质量的测定——EORTC QLQ-C30 在中国的试用[J]. *心理学报*, 2000, 32(4):438-442.
- [11] de Vries M, Stiefel F. Psychotherapy in the oncology setting[M]. Heidelberg:Springer Cham, 2017:145-161.
- [12] 何诗雯,郭亚茹,童敏,等. 老年肿瘤患者疾病认知、应对态度和就诊问题的调查[J]. *护理学杂志*, 2017, 32(11):78-80.
- [13] 庄丽萍,许玉,柯水燕,等. 喉癌患者焦虑、抑郁情绪及其参与临床决策的状况分析[J]. *现代临床护理*, 2017, 16(2):22-26.
- [14] 李燕玲,卢莹,靳小雯,等. 分级心理护理干预对癌症住院患者心理影响的观察[J]. *贵州医药*, 2017, 41(11):1212-1213.
- [15] Luckett T, Britton B, Clover K, et al. Evidence for interventions to improve psychological outcomes in people with head and neck cancer: a systematic review of the literature[J]. *Supportive Care Cancer*, 2011, 19(7):871-881.
- [16] Krebber A M, Jansen F, Witte B I, et al. Stepped care targeting psychological distress in head and neck cancer and lung cancer patients: a randomized controlled trial [J]. *Ann Oncol*, 2016, 27(9):1754-1760.
- [17] 吴沛霞,彭峥嵘. 部分喉切除患者言语障碍及生存质量的调查研究[J]. *护理学杂志*, 2015, 30(10):29-31.
- [18] 关妙珠,何东添. 临床心理护理程序在甲状腺乳头状癌颈淋巴结转移行清扫术患者中的应用[J]. *齐鲁护理杂志*, 2017, 23(22):77-79.