

• 健康教育 •

配偶同步赋能教育对乳腺癌 PICC 化疗患者早期自我效能与生活质量的影响

阳红娟, 何小霞, 严银英, 潘宝莹, 李宁宁

摘要:目的 探讨配偶同步赋能教育对乳腺癌 PICC 化疗患者早期自我效能与生活质量的影响。方法 选择 2016 年 10 月至 2018 年 10 月在我院行 PICC 置管并化疗的乳腺癌患者,按 PICC 置管先后顺序分为对照组和干预组各 38 例,对照组采用赋能教育模式,干预组在此基础上实施配偶同步赋能教育。分别于干预前、出院前、第 2 次化疗前和第 3 次化疗前进行调查,比较化疗早期两组患者的自我效能与生活质量水平的差异。结果 自我效能和生活质量得分的组间效应、时间效应及交互效应差异有统计学意义(均 $P < 0.05$),干预组在干预后不同时间点的自我效能和生活质量得分显著高于对照组(均 $P < 0.01$)。结论 配偶同步赋能教育模式应用于乳腺癌 PICC 化疗患者,有助于在化疗早期提升患者的自我效能和生活质量水平,相比对患者单独实施赋能教育的效果更具优势。

关键词:乳腺癌; PICC; 配偶; 赋能教育; 家庭系统理论; 自我效能; 生活质量

中图分类号:R473.73;R193 **文献标识码:**A **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2020.06.072

Effects of a synchronous spouse empowerment education program on self-efficacy and quality of life of breast cancer patients with a PICC line in the early stage of chemotherapy Yang Hongjuan, He Xiaoxia, Yan Yinying, Pan Baoying, Li Ningning. *Second Department of Surgery, The Third Affiliated Hospital of Guangzhou Medical University, Guangzhou 510150, China*

Abstract: Objective To investigate the effects of a synchronous spouse empowerment education program on self-efficacy and quality of life of breast cancer patients with a PICC line in the early stage of chemotherapy. **Methods** From October 2016 to October 2018, breast cancer patients who received chemotherapy through a PICC line were chronologically divided into 2 groups of 38 cases each according to the order of PICC insertion. The control group patients were given empowerment education, while for the intervention group, a synchronous empowerment education program involving the patients and their spouses was carried out. Data were collected before the intervention, before discharge, and before the second and the third chemotherapy cycles. Self-efficacy and quality of life of the two groups in the early stage of chemotherapy were compared. **Results** There were significant differences in the group, time, and time by group effects in self-efficacy and quality of life scores ($P < 0.05$ for all). The self-efficacy and quality of life scores of the intervention group at different time points after intervention were significantly higher than those of the control group ($P < 0.05$ for all). **Conclusion** The synchronous spouse empowerment education program helps to improve self-efficacy and quality of life in the early stage of chemotherapy in breast cancer patients with a PICC line.

Key words: Breast cancer; PICC; spouse; empowerment education; self-efficacy; quality of life

乳腺癌已成为女性最常见的恶性肿瘤,手术创伤导致自我形象紊乱、术后生活方式被迫改变以及化疗引起多种躯体不适,对乳腺癌患者的生理和心理造成极大冲击,导致其生活质量受到严重影响。国内外研究显示高度自我效能者拥有较强的自我管理能力和较高的生活质量^[1-2]。冯会玲^[3]通过对 98 例乳腺癌化疗患者进行调查,发现乳腺癌患者化疗早期的自我效能在整个化疗阶段中处于最低水平,提示临床学者应重点改善化疗早期患者的自我效能和生活质量。自我效能应用于癌症患者时指的是:人患癌症后,通过评估自己关于癌症的知识、技能及信心后形成的一种战胜癌症的能力的信念。这种信念能通过临床的赋能教育来激发。赋能教育提倡通过激发个体的内

在动力与自我效能,以护患合作的方式来促进个体的健康行为^[4]。而配偶作为乳腺癌患者的重要社会支持,在该阶段中能发挥重要作用,可缓冲乳腺癌患者的负性情绪,促进其健康行为^[5-6]。本研究运用配偶同步赋能教育模式对乳腺癌 PICC 化疗患者进行干预,在化疗早期改善患者自我效能和生活质量方面取得了较好的效果,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2016 年 10 月至 2018 年 10 月的 76 例乳腺癌患者为研究对象,均为已婚女性,按照置入 PICC 的先后顺序(以 2017 年 11 月为界)分为对照组和干预组各 38 例。两组患者均由具备广东省护理学会认证的三向瓣膜式 PICC 技术标准化培训合格证书的护士使用 4F 三向瓣膜式 PICC 导管,以 B 超引导下改良赛丁格技术置入 PICC。纳入标准:经病理检查确诊为乳腺癌;乳腺癌为首发癌症,首次行单侧乳腺癌改良根治术/保乳术,且首次行 PICC 置

作者单位:广州医科大学附属第三医院普外二区(广东 广州, 510150)

阳红娟:女,本科,护士

科研项目:广东省医学科学技术研究基金项目(A2016441)

收稿:2019-10-19;修回:2019-12-05

管化疗;年龄 35~55 岁,配偶年龄 30~65 岁,配偶自愿承担照顾任务;夫妻双方均神志清楚、思维正常、识字并能进行正常语言沟通;患者及配偶自愿参与本研究,并签署知情同意书。排除标准:个人或配偶伴有其他严重心、肝、肾及神经系统疾病或配偶存在恶性肿瘤者;个人或配偶认知及沟通障碍或合并精神病者;预期 1 年生存率低,预后较差的晚期乳腺癌患者;PICC 留置时长<3 个月且化疗疗程<3 个月者;研究期间家庭或个人遭遇重大变故,或中途退出研究者。本研究共纳入患者 76 例,完成研究率为 100%。两组患者在年龄、文化程度、收入情况、手术方式、医疗付费方式、配偶基本情况、宗教信仰等方面比较,见表 1。本研究经本院伦理审查委员会审批,在研究开始前由研究员告知患者及家属,并签署知情同意书。

1.2 干预方法

1.2.1 成立赋能干预小组 由 1 名静脉输液治疗专家、2 名具 PICC 置管资质护士、1 名肿瘤专科护士、1 名高级外科护士、3 名乳腺外科医疗专家及 4 名临床研究护士共同组成赋能干预小组,4 名临床研究护士均具备广东省护理学会认证的 PICC 维护培训合格证书,具 5 年以上乳腺外科工作经验,并接受为期 1 个月的赋能教育模式培训,经专家师资团队考核准入。

1.2.2 对照组护理方法 采用常规护理,分别在置入 PICC 当天、出院前 1 d 和第 2 次化疗前 1 d 开展赋能教育,由研究员采用移动计算机,在床边对患者进行多媒体健康宣教+交谈。每次干预时间为 10~15 min,并于下一阶段开始前对上一阶段进行效果评估。赋能教育内容主要为 5 个环节。①明确问题。通过开放式提问了解患者目前存在的焦虑和疑问。如置管后当日:“您现在感觉置管侧上肢如何?”出院前 1 天:“您觉得出院后能管理好留置的 PICC 管道吗?”②表达感情。使用正性的语言鼓励患者表达,并给予倾听、鼓励和支持。如患者在置管后表示不敢进行上肢活动,研究员则对患者进行安慰、鼓励和指导:“您的担忧和害怕我完全理解,我们会帮助您慢慢适应,保证您安全和舒适。”并给予功能锻炼指导。③设立目标。使用积极语言交谈引导患者共同设立目标。如置管后次日的目标为置管侧上肢做捏球运动≥100 次,研究员询问患者准备怎样安排功能锻炼。通过此类型的提问引导患者思考和参与,发掘自我管理的责任感并共同设立目标。④制定计划。研究员询问患者就目前的状态和治疗打算如何做?并提供方案供患者选择,在尊重患者想法和计划的基础上,与患者商议并选择最佳方案。⑤效果评估。在下一阶段开始前对上一阶段的健康教育效果进行评估,并根据评估效果及时调整目标和方案。如第 2 阶段(即出院前 1 d)开始前对上一阶段的健康教育效果进行评估,通过面对面的交谈形式了解患者目前的状态,上一阶段

的疑惑解除程度和心理状态改善程度,并使用问卷调查和口头问答了解患者对上一阶段健康教育内容的掌握程度,针对患者存在的心理困惑和知识技能掌握程度调整下一阶段的护理。

表 1 两组一般资料比较

项目	对照组 (n=38)	干预组 (n=38)	统计量	P
年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	46.6±6.0	48.0±5.2	$t=1.082$	0.283
文化程度[例(%)]				
小学以下	9(23.7)	6(15.8)	$Z=0.062$	0.951
中学	14(36.8)	19(50.0)		
大专以上	15(39.5)	13(34.2)		
职业[例(%)]				
家庭主妇/农民	8(21.1)	13(34.2)	$\chi^2=2.065$	0.356
在职	26(68.4)	23(60.5)		
离退休人员	4(10.5)	2(5.3)		
宗教信仰[例(%)]				
有	3(7.9)	5(13.2)	$\chi^2=0.140$	0.709
无	35(92.1)	33(86.8)		
家庭月收入[例(%)]				
<5000 元	5(13.2)	4(10.5)	$Z=0.453$	0.651
5000~元	5(13.2)	5(13.2)		
8000~元	16(42.1)	21(55.3)		
>10000 元	12(31.6)	8(21.1)		
医疗付费方式[例(%)]				
自费	7(18.4)	4(10.5)	$\chi^2=1.613$	0.446
医保/商业保险	17(44.7)	22(57.9)		
公费	14(36.8)	12(31.6)		
手术方式[例(%)]				
单侧改良根治术	23(60.5)	28(73.7)	$\chi^2=2.673$	0.263
双侧改良根治术	3(7.9)	4(10.5)		
保乳术	12(31.6)	6(15.8)		
配偶年龄[例(%)]				
30~岁	1(2.6)	0(0)	$Z=0.966$	0.334
41~岁	18(47.4)	23(60.5)		
51~岁	14(36.8)	13(34.2)		
61~65 岁	5(13.2)	2(5.3)		
配偶文化程度[例(%)]				
小学以下	5(13.2)	2(5.3)	$Z=0.192$	0.848
中学	17(44.7)	23(60.5)		
大专以上	16(42.1)	13(34.2)		
配偶宗教信仰[例(%)]				
有	0(0)	2(5.3)	$\chi^2=0.514$	0.474
无	38(100.0)	36(94.7)		

1.2.3 干预组干预方法 由专家师资团队对赋能干预小组的研究员就配偶同步赋能教育模式的要点、实施步骤、技巧、注意事项等进行为期 1 个月的培训,并考核准入。干预组患者在对照组的基础上实行配偶同步赋能教育,即将患者的配偶同步纳入健康教育环节。每一环节均采用 PPT 讲解+座谈形式,干预地点为示教室,干预时间为 15~20 min。①在明确问题环节阶段,研究者采用正性语言与患者及其配偶共同进行交谈,了解夫妻双方的心理状态,并使用积极语言引导,鼓励夫妻双方共同进行表达,互相了解心理状态。如置管后当日,研究员询问患者:“您现在感觉上肢活动状态如何?您觉得在哪些方面需要您爱人的帮助?”随后询问患者配偶:“您觉得自己在哪些方面可以给予您爱人帮助呢?”通过该类型的问题了解和帮助患者夫妻互相了解双方的内心活动和面

临的困惑,明确夫妻双方在现阶段的角色和相互关系。②在表达感情阶段,研究员使用积极语言鼓励患者夫妻共同表达内心情感。如 PICC 置管后,研究员询问患者:“您对经 PICC 化疗有什么看法?您觉得自己能在化疗过程中保持良好心态吗?”患者常见的回答内容包括对化疗不良反应的恐惧以及化疗造成自身形象改变的无措和病耻感。研究员在安慰和鼓励患者后,询问患者配偶:“针对您爱人提出的疑问和困惑,您觉得您能在哪些方面帮助您爱人共同应对呢?”研究员通过倾听了解患者夫妇的心理活动和自我效能,并帮助患者夫妇相互了解双方在该阶段的心理活动和应对信心,通过强调夫妇间的共同支持作用,激发夫妇间的相互积极作用。③设定目标。研究员使用积极的语言引导患者夫妇共同设立目标。如置管后次日的目标为置管侧上肢做捏球运动 ≥ 100 次,在询问患者准备怎样安排功能锻炼后,再询问患者配偶打算如何督导和支持患者完成该功能锻炼。以目标为基础、以患者为中心,帮助患者夫妇共同确立管理责任。④制定计划。就患者目前的治疗阶段和身心状态,根据目标共同制定计划。如置管后次日设立置管侧肢体做捏球运动 ≥ 100 次,根据患者设立的功能运动安排细则和患者配偶设立的督导目标,以患者的日常治疗安排为基础,共同制定患者的功能锻炼进度表和患者配偶的督导进度表,患者夫妇交叉持表登记计划实施进度。⑤效果评估。在下一阶段开始前,研究员分别对患者及其配偶就上一阶段的干预效果进行评估。研究员派发知识技能调查问卷,由患者夫妇共同完成。并通过两个进度查看患者夫妇计划完成情况,根据评估结果及时调整计划。

1.3 评价方法 干预前(T0)进行基线测量,并于出院前1 d(T1)、第2次化疗前1 d(T2)和第3次化疗前1 d(T3)进行干预效果评估,由研究员统一进行问卷的发放和收集。①自我效能。采用简明版癌症行为应对量表(The Cancer Behavior Inventory Scale Brief,CBI-B);由 Heitzmann 等^[7]在 CBI 量表的基础上制定,用于评估癌症患者应对疾病的自我效能。该量表包括4个维度:维持独立与正向态度、参与医疗照顾、调试及压力处理、情绪处理。中文版共14个条目,每个条目以9分制计算,1分表示“一点信心也没有”、5分表示“中度信心”、9分表示“信心十足”,总分126分。得分越高,说明患者应对癌症的信心越大。②生活质量。采用乳腺癌生存质量评定量表(Functional Assessment of Cancer Therapy,FACT-B)^[8];量表分为5个维度,36个条目,即生理状况7条,社会、家庭状况7条,情感状况6条,功能状况7条和附加关注9条。每个条目采用5级评分法,0分表示“一点也不”、1分表示“有一点”、2分表示“有些”、3分表示“相当”、4分表示“非常好”5个等级。其中逆向条目则反向计分,总分0~144分。评分越高,生存质量越好。

1.4 统计学方法 采用 SPSS23.0 软件进行数据的录入和分析,计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示;采用重复测量方差分析,同时考虑干预因素、时间因素及两者的交互作用,比较两组在不同时间点上(T0、T1、T2、T3)自我效能感总分及生活质量总分的差异。采用 Mauchly 球型检验,若不满足协方差矩阵球对称,则采用校正系数(Epsilon)进行校正自由度,采用 Greenhouse-Geisser 的校正结果。干预组和对照组的组间比较采用独立样本 *t* 检验、 χ^2 检验和秩和检验。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组患者不同时间点自我效能得分比较 见表2。

表2 两组患者不同时间点自我效能得分比较
分, $\bar{x} \pm s$

组别	例数	T0	T1	T2	T3
对照组	38	59.2 \pm 17.1	65.2 \pm 14.4	68.0 \pm 9.6	68.0 \pm 7.6
干预组	38	62.0 \pm 17.1	79.7 \pm 12.7	82.6 \pm 10.4	84.2 \pm 9.6
<i>t</i>		-0.718	-4.673	-6.342	-8.119
<i>P</i>		0.475	0.000	0.000	0.000

注: $F_{\text{干预}}=23.803, P=0.000; F_{\text{时间}}=11.032, P=0.001; F_{\text{交互}}=11.329, P=0.000$ 。

2.2 两组患者不同时间点生活质量得分比较 见表3。

表3 两组患者不同时间点生活质量得分比较
分, $\bar{x} \pm s$

组别	例数	T0	T1	T2	T3
对照组	38	56.1 \pm 4.6	68.0 \pm 9.4	78.1 \pm 7.4	79.9 \pm 6.4
干预组	38	55.6 \pm 6.3	79.9 \pm 6.2	87.6 \pm 7.5	90.3 \pm 6.0
<i>t</i>		0.393	-6.497	-5.519	-7.234
<i>P</i>		0.695	0.000	0.000	0.000

注: $F_{\text{干预}}=57.996, P=0.000; F_{\text{时间}}=18.899, P=0.000; F_{\text{交互}}=16.467, P=0.000$ 。

3 讨论

赋能教育通过明确患者自我管理责任,开发患者的内在动力,促进行为的改变^[4],是一种以授权、自我管理为中心的健康教育模式,被证明能有效提高患者的疾病知识技能掌握程度、自我效能水平,从而促进健康行为和提升生活质量^[9-10]。在乳腺癌患者的应用中被证明能提高患者的自我效能、自我管理能力和肢体功能^[11-12]。在 PICC 置管患者的应用中被证明能提高自我效能、自我管理能力和生活质量^[13-14]。根据 Rodwell^[15]提出的赋能的3个先决条件可见,除建立良好的护患关系、提供充足的疾病相关知识外,还要鼓励患者参与和承担。乳腺癌手术为患者带来生存获益的同时也造成了第二性征的破坏,加上后续留置 PICC 化疗,患者经历了巨大的痛苦。术后1个月左右,患者处于手术康复关键时期,同时需自我管理 PICC 和应对化疗不良反应,机体可能处于高压状态与负性情绪中,存在加速肿瘤恶化和转移的风

险,影响自我效能和生活质量^[16-18],可造成患者的参与性和承担能力下降,影响赋能教育的效果。

相关研究发现,乳腺癌患者的自我效能化疗早期最低,化疗中期次之,化疗后期最高^[3],提示临床护理人员应进一步改善化疗早期乳腺癌患者的自我效能和生活质量。自我效能具有极强的可塑性,人可以通过将多种不同的信息进行认知加工、整合,而改变自己控制生活事件的能力和信念,常受直接经验、间接经验、口头说服、生理和心理反应影响。配偶作为已婚乳腺癌患者最亲密的生活伴侣和最重要的社会支持,对其自我效能的形成有重要的影响^[5-6,18-19]。本研究基于家庭系统理论中家庭成员间存在共同影响与相互作用及夫妻间积极支持的作用机制,对患者夫妇同步实施赋能教育。由研究结果可见,患者的自我效能及生活质量得分的组间效应和时间效应差异有统计学意义(均 $P < 0.01$),且存在交互效应($P < 0.01$)。自我效能和生活质量总分的组间效应差异有统计学意义(均 $P < 0.01$),即不考虑时间的因素,干预组和对照组的自我效能及生活质量的得分差异有统计学意义(均 $P < 0.01$);自我效能和生活质量得分的时间主效应差异有统计学意义($P < 0.01$),即不考虑干预的因素,两组的自我效能和生活质量总分均随时间变化而变化;自我效能和生活质量总分的时间因素与干预因素之间均存在交互效应($P < 0.01$),即两组在干预前后不同时间点自我效能和生活质量总分的变化幅度均不同。表明本研究使用的配偶同步赋能教育与单独对患者实施赋能教育相比,在化疗早期提升患者自我效能和生活质量方面更具优势。家庭系统理论认为,家庭成员存在共同影响与相互作用^[5],并有相关研究显示,积极的夫妻支持能减轻患者的癌症应激及配偶的照护心理负担,对双方的负性情绪起到一定的缓冲作用^[6]。在本研究实施的配偶同步赋能教育中,患者与配偶共同学习,在护理人员的积极引导下,共同参与到问题解决、目标和计划制定、效果评价的环节,形成相互支持、相互理解、相互促进的氛围。护理人员始终使用积极语言进行引导,强调夫妻双方的正性心理,开发个体内在的动力与夫妻间的共同动力,明确患者的自我管理责任和配偶的照护责任,从而提升患者的自我效能、促进患者的健康行为,最终达到改善生活质量的目的。

4 小结

正性心理的开发注重长远效果的探索,配偶对乳腺癌患者的自我效能和生活质量影响具有长远的意义。结合本研究结果可见,配偶同步赋能教育的积极影响与时间存在联系,随时间进展,效果越明显。因此,本研究有待进一步追踪配偶同步赋能教育模式的持续效果,并在样本量和地域性方面作进一步扩展。

参考文献:

[1] 谢楚霞,方志潮,陈雁莲.乳腺癌术后患者自我效能、应

对方式对生活质量的分析[J].护理实践与研究,2018,15(14):115-116.

- [2] Akin S, Can G, Durna Z, et al. The quality of life and self-efficacy of Turkish breast cancer patients undergoing chemotherapy[J]. Eur J Oncol Nurs, 2008, 12(5): 449-456.
- [3] 冯会玲.乳腺癌术后化疗患者自我效能与生存质量的相关性研究[D].沈阳:中国医科大学,2012.
- [4] 邵敏.癌症患者 PICC 置管期间自我护理能力及影响因素研究[D].济南:山东大学,2017.
- [5] Koshiyama M, Matsumura N, Konishi I. Recent concepts of ovarian carcinogenesis: type I and type II [J]. Biomed Res Int, 2014, 2014: 934261.
- [6] 罗群,周利华,王维利,等.妇科癌症患者和配偶夫妻支持应对与亲密关系的关系[J].中国心理卫生杂志,2017, 31(12): 964-970.
- [7] Heitzmann C A, Merluzzi T V, Jean-Pierre P, et al. Assessing self-efficacy for coping with cancer: development and psychometric analysis of the brief version of the Cancer Behavior Inventory (CBI-B) [J]. Psychooncology, 2011, 30(3): 302-312.
- [8] Ng R, Lee C F, Wong N S, et al. Measurement properties of the English and Chinese versions of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast (FACT-B) in Asian breast cancer patients [J]. Breast Cancer Res Treat, 2012, 131(2): 619-625.
- [9] 张艳,黄金,李蓓,等.2型糖尿病患者糖尿病知识与医护支持及授权能力的相关性[J].护理学杂志,2019,34(8): 34-37.
- [10] 张英英,黄桂玲,李雯,等.基于授权理论自我管理模式在膝关节置换术患者出院准备服务中的应用[J].护理学杂志,2017,32(22): 24-26, 49.
- [11] 陈丽媛.赋能式健康教育对乳腺癌术后疼痛综合征的影响[J].当代护士,2017(10): 118-121.
- [12] 李东霞,肖莉华,邓颖辉,等.赋能教育指导对乳腺癌根治术后患者自我管理水平和上肢功能的影响[J].现代临床护理,2018,17(10): 57-61.
- [13] 谈可.授权赋能教育对肿瘤 PICC 带管期间病人自我护理能力及并发症的影响[J].全科护理,2019,17(16): 1990-1992.
- [14] 欧阳静,江华容,陈大春,等.肿瘤患者 PICC 置管赋能教育研究[J].护理学杂志,2017,32(7): 74-77.
- [15] Rodwell C M. An analysis of the concept of empowerment [J]. J Adv Nurs, 1996, 23(2): 305-313.
- [16] 黄孟秋,吴婷,张青月,等.症状管理自我效能在乳腺癌患者化疗期间焦虑抑郁与生活质量中介作用[J].护理学报,2018,25(4): 65-69.
- [17] Motyka M, Dziubak M, Patrycja J. The sense of coherence and the quality of life of patients treated for breast cancer [J]. Przegląd Lekarski, 2014, 71(5): 270-273.
- [18] Sharma N, Purkayastha A. Factors affecting quality of life in breast cancer patients: a descriptive and cross-sectional study with review of literature [J]. J Midlife Health, 2017, 8(2): 75-83.
- [19] Li Q, Chiang V C, Xu X, et al. The experiences of Chinese couples living with cancer: a focus group study [J]. Cancer Nurs, 2015, 38(5): 383-394.

(本文编辑 钱媛)