

[7] Gupta K, Lisker S, Rivadeneira N A, et al. Decisions and repercussions of second victim experiences for mothers in medicine (SAVE DR MoM)[J]. *BMJ Qual Saf*, 2019,28(7):564-573.

[8] 杨巧,郑双江,陈登菊,等. 应关注患者安全事件中第二受害者的支持需求[J]. *中国卫生质量管理*,2018,25(3):38-41.

[9] 陈贵儒,孙慧敏,黄蓉蓉,等. 护士第二受害者经验的调查分析[J]. *中国护理管理*,2019,19(10):1522-1528.

[10] 唐溢. 正念冥想用于领导干部压力管理的路径探析[J]. *社会科学前沿*,2018,7(5):666-672.

[11] Chung A, Smart J, Zdradzinski M, et al. Educator tool-kits on second victim syndrome, mindfulness and meditation, and positive psychology: the 2017 Resident Well-ness Consensus Summit[J]. *West J Emerg Med*, 2018, 19(2):327-331.

[12] 陈贵儒,孙慧敏,黄蓉蓉,等. 第二受害者经验及支持量表的汉化与信效度评价[J]. *护理学杂志*,2019,34(14):73-77.

[13] 赵海平,王健. 血液透析患者的社会支持和希望[J]. *中华护理杂志*,2000,35(5):49-51.

[14] 陈贵儒,孙慧敏,黄蓉蓉,等. 医院患者安全文化对护士

第二受害者痛苦的影响研究[J]. *中华护理杂志*,2019,54(12):1835-1840.

[15] 徐晶,陈荣凤,郑微艳,等. 医疗不良事件中第二受害者及其组织支持的研究现状与启示[J]. *中华护理杂志*, 2017,52(4):485-488.

[16] Scott S D, Hirschinger L E, Cox K R, et al. Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid response team[J]. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 2010, 36(5):233-240.

[17] Robertson J J, Long B. Suffering in silence: medical error and its impact on health care providers [J]. *J Emerg Med*, 2018, 54(4):402-409.

[18] Vella E, Mciver S. Reducing stress and burnout in the public-sector work environment: a mindfulness meditation pilot study[J]. *Health Promot J Austr*, 2019, 30(2): 219-227.

[19] Cheli S, De Bartolo P, Agostini A. Integrating mindfulness into nursing education: a pilot nonrandomized controlled trial [J]. *Int J Stress Manage*, 2019, 27(1):93-100.

(本文编辑 李春华)

• 论 著 •

生育咨询及教育干预对年轻妇科恶性肿瘤患者生育忧虑的影响

汪丹丹¹,张苇²,郑蔚³,刘梦丽⁴,康婷婷⁴

摘要:目的 降低年轻妇科恶性肿瘤患者生育忧虑。方法 应用随机数字表法将50例年轻妇科恶性肿瘤患者分为对照组和干预组各25例,对照组接受基础健康教育,干预组给予多学科模式下的生育咨询及教育干预,于干预前、干预后1个月、干预后3个月采用生育忧虑量表及自制癌症育龄女性生育知识问卷进行评定。结果 两组癌症相关生育知识得分比较,组间效应、时间效应和交互效应差异有统计学意义;两组生育忧虑总分及备孕、配偶知情、接受度、怀孕能力、自身健康、子女健康维度得分比较,组间效应、时间效应和交互效应差异有统计学意义(均 $P < 0.01$)。结论 生育咨询及教育干预可提高年轻妇科恶性肿瘤患者癌症相关生育知识水平,减轻年轻妇科恶性肿瘤患者的生育忧虑。

关键词:年轻患者; 妇科恶性肿瘤; 多学科协作模式; 生育忧虑; 生育咨询; 生育教育

中图分类号:R473.73;R395.1 **文献标识码:**A **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2020.18.004

Effect of fertility consultation and education intervention on reproductive concerns of young gynecological malignant cancer patients

Wang Dandan, Zhang Wei, Zheng Wei, Liu Mengli, Kang Tingting. *Oncology Department, The Second Affiliated Hospital of Zhengzhou University, Zhengzhou 450014, China*

Abstract: Objective To reduce reproductive concerns for young gynecological malignant cancer patients. **Methods** Totally 50 young gynecological malignant cancer patients were divided into a control group and an intervention group using random number table, with 25 cases in each group. The control group received basic health education, while the intervention group received fertility consultation and education intervention by multi-disciplinary team. The Reproductive Concerns After Cancer (RCAC) scale and a self-made cancer-related fertility knowledge questionnaire were utilized to evaluate the two groups before the intervention and 1 month, 3 months after the intervention. **Results** The group effect, time effect and group × time effect were significant on the score of cancer-related fertility knowledge; and the group effect, time effect and group × time effect were significant on the total RCAC score and its subscale score of pregnancy preparation, spouse awareness, acceptance, pregnancy ability, own health and children health ($P < 0.01$ for all). **Conclusion** Fertility consultation and education intervention can improve the level of cancer-related fertility knowledge in young gynecological malignant cancer patients, and alleviate their reproductive concerns.

Key words: young patients; gynecological malignant cancer; multi-disciplinary team; reproductive concerns; fertility consultation; fertility education

作者单位:郑州大学第二附属医院 1. 肿瘤科 2. ICU 3. 院长办公室 4. 护理教研室(河南 郑州, 450014)

汪丹丹:女,硕士,主管护师,护士长

通信作者:郑蔚, zww112689zy@sina.com

科研项目:河南省科学技术协会“i科普”志愿服务项目(201903041)

收稿:2020-04-29;修回:2020-06-12

治疗技术的进步使妇科恶性肿瘤幸存者的数量不断增加,但妇科恶性肿瘤发生于女性生殖系统,任何一种根治性治疗都不可避免地会带来生育力的破坏或丧失^[1]。有研究报道,有15%~20%的妇科恶性肿瘤患者处于育龄期^[2],患者对自身生育存在许多

疑问和担忧。生育忧虑是指个体对生殖能力、自身健康、子女健康及子女照护等方面的忧虑^[3]。有研究报道,57%~90%的癌症患者具有较高水平的生育忧虑^[4],针对妇科恶性肿瘤患者的手术治疗通常涉及卵巢和(或)子宫切除,使患者生育忧虑水平可能更高。目前国内对癌症患者生育忧虑的研究多为现况调查及影响因素分析,缺乏对生育忧虑的系统干预。国外基于网络的心理干预研究,通过在线咨询服务和面诊提高了年轻癌症患者生育知识水平,减轻了其生育忧虑^[5]。一项对育龄人口的随机对照研究发现,生育教育对提高疾病相关知识和改善焦虑等有积极作用^[6]。除了不孕本身带来的影响外,未得到满足的生育信息需求也与患者痛苦有关^[7]。基于以上发现,我科对年轻妇科恶性肿瘤患者实施基于多学科协作模式

(Multi-disciplinary Team,MDT)的生育咨询和教育干预,以减轻其生育忧虑。现将研究结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用便利抽样法,选取 2018 年 12 月至 2019 年 10 月入住我院肿瘤科的年轻妇科恶性肿瘤患者为研究对象。纳入标准:确诊为恶性肿瘤;年龄 18~40 岁;术后首次接受化疗或放化疗;愿意参加并签署知情同意书。排除标准:患有其他严重躯体或精神疾病。本研究通过医院伦理委员会批准。将入选的 50 例患者按照随机数字表法分为对照组和干预组各 25 例,对照组入住一病区,干预组入住二病区。研究过程中干预组 1 例因不能有效配合研究失访,对照组 2 例因身体原因中途退出,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	年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)		婚姻状况(例)		文化程度(例)			疾病(例)				病程 [月, $M(P_{25}, P_{75})$]		辅助治疗(例)		子女(例)	
		单身	已婚	初中以下	高中及中专	大专以上	宫颈癌	卵巢癌	子宫内膜癌	输卵管癌	化疗	放疗	有	无				
对照组	23	33.96±4.05	4	19	11	4	8	11	5	3	4	12.00(6.00,12.00)	14	9	17	6		
干预组	24	34.92±3.96	2	22	9	3	12	12	7	4	1	12.00(6.00,12.00)	15	9	18	6		
统计量		$t=0.822$	$\chi^2=0.843$		$Z=0.881$			$\chi^2=0.315$				$Hc=0.056$		$\chi^2=0.114$		$\chi^2=0.007$		
P		0.416	0.359		0.348			0.574				0.955		0.909		0.933		

1.2 方法

1.2.1 干预方法

对照组接受基础健康教育,包括疾病相关知识指导、放化疗不良反应的预防及心理、社会支持干预等。研究结束后在患者知情同意下,为其实施干预组干预方法。干预组实行多学科协作模式的生育咨询和教育干预,即组建癌症育龄女性生育咨询及教育团队,结合线上及线下行个体化健康指导。具体如下。

1.2.1.1 组建癌症育龄女性生育咨询及教育团队 确定团队成员并制定团队相关人员职责。由 1 名经验丰富的护士长担任团队的组长,负责组织和协调工作;选取 1 名肿瘤内科医生(副高级职称)、1 名生殖医学医生(正高级职称)、1 名妇产科医生(副高级职称)、2 名肿瘤专科护士(主管护师)、1 名生殖医学科护士(主管护师)、1 名心理咨询师(主管护师)、1 名营养师(主管护师)和 3 名护理研究生(在读或已毕业)作为团队成员。每名成员根据专业特长对患者实施线上加线下的护理、康复、咨询、教育等服务。对于有特殊需求的患者,在预约后实施多学科会诊,地点选择患者所在病区会谈室或示教室。

1.2.1.2 建立多学科生育咨询群 由研究者建立微信群,微信群纳入 11 名团队成员及 25 例患者,团队成员微信名为实名制,如“肿瘤科主管护师×××”等;为保护患者隐私,患者微信名为其研究编号“1~25”。微信群定期推出肿瘤生殖知识供患者参考学习,并为患者提供线上咨询服务,及时解答患者疑问,提供应对方法,解除其顾虑。规定线上咨询时间以工作时间为主,原则上不影响他人休息。

1.2.1.3 制作《癌症患者生育知识手册》 多学科

团队成员在查阅大量文献和指南基础上,制定《癌症患者生育知识手册》,该手册包含有关女性生育的一般信息及肿瘤生殖知识,手册内容包括“女性受孕和生育的理想年龄”“不孕症的定义、患病率和原因”“什么是肿瘤生殖保护”“妇科恶性肿瘤患者辅助生殖技术种类及适应证”“肿瘤生殖认知误区”等模块。此外,手册还包括一些心理疏导方法,如冥想、音乐疗法、芳香疗法等,对其作用及实施方法进行详细介绍,内容丰富、简单易学。根据研究对象情况给予心理和营养指导。

1.2.1.4 线下课程 由团队组长负责课程的组织和协调工作。采用分组团体授课方式,将患者分为 4 组,每组 6~7 例。课程设置为 4 周,于每周五的 16:00~16:45,16:55~17:40,2 个时间点授课,每节课约 45 min。患者可以自行选择培训时间,已出院患者由研究者提前约定时间。第 1 周,由妇产科医生主讲“生育知识”。与患者建立信任关系,介绍患者互相认识;结合相关视频讲解生育相关理论知识。第 2 周,由生殖医学医生主讲“妇科恶性肿瘤治疗后的生育能力”。结合视频分别讲解妇科恶性肿瘤治疗前后的生育力及不同妇科恶性肿瘤疾病的生育力保存方法等。第 3 周,由肿瘤科医生主讲“自身健康与子女健康”。向患者讲解有关不良反应或症状是可以预期和预防的;结合视频对肿瘤的遗传生物学进行讲述等。第 4 周,由心理咨询师主讲“妇科恶性肿瘤患者的心理调适与婚姻关系”。鼓励配偶参加,结合音频、视频、图片的讲解促使患者放松心情,通过积极案例传达爱和接纳,帮助患者处理婚姻问题。所有课程培训结束发放《癌症患者生育知识手册》供患者学习。

1.2.2 调查工具

1.2.2.1 癌症患者生育知识问卷调查表 在查阅大量文献、循证美国临床肿瘤学会(ASCO)癌症患者生育保护指南^[8]基础上自行制订,并经2轮专家咨询(咨询专家5名,分别为肿瘤医学专家、生殖医学专家、生殖护理专家、妇产科专家和心理学专家各1名),根据专家意见修订问卷条目。正式调查前,对6例育龄期女性癌症患者进行预调查,根据预调查过程中出现的问题,对问卷做进一步的修订和完善。问卷包括10个问题(Q1~Q10),有一般生育知识2题、癌症/治疗特定生育知识8题,如“女性在月经周期的排卵期最有可能受孕”“不孕症是指一对夫妇尽管进行了2年或更长时间的无保护性行为仍未怀孕”“患癌症后还可孕育孩子”“癌症妇女与其他同龄女性相比不孕风险更高”“盆腔和腹部放疗会增加不孕或早产风险”“抗肿瘤治疗完成后6个月内怀孕会增加胎儿畸形或死产的风险”“如打算怀孕,最好在治疗前咨询生育专家”“不适宜自然怀孕者,胚胎冷冻术是最合适的选择”“妇科恶性肿瘤患者治疗后康复期怀孕,由于抵抗力差,免疫力负担加重,可增加疾病复发的风险”“癌症妇女孕育孩子疾病会遗传给子女”。每题以“对”“不对”或“不清楚”作答。每道题回答正确得10分,错误或不清楚得0分,总分100分,≥60分为及格,得分越高说明患者肿瘤相关生育知识掌握越好。该问卷Cronbach's α系数为0.82,内容效度指数为0.89。

1.2.2.2 癌症后生育忧虑量表(Reproductive Concerns After Cancer, RCAC) 此量表是由Gorman等^[9]研发的自评量表,本研究采用乔婷婷等^[10]汉化的中文版量表,共6个维度(配偶知情、怀孕能力、备孕、不孕接受度、自身健康和子女健康)18个条目,每个维

度3个条目,采用Likert 5级评分法,从“非常不同意”到“非常同意”,依次计1~5分,得分18~90分,得分越高表示患者的生育忧虑程度越高。中文版量表Cronbach's α系数为0.792,内容效度指数为0.910。

1.2.3 资料收集方法 由4名经过统一培训的研究人员于患者入组时、干预后1个月、干预后3个月采用自行设计的癌症患者生育知识问卷及癌症后生育忧虑量表以面对面或微信形式进行调查。根据患者意愿选择问卷填写方式(在线填写或书面方式),已出院的患者通过微信发送问卷。调查时使用统一指导语,患者对问卷条目有疑问时,研究者采用统一、规范的术语解释,填写完毕,检查问卷填写质量,如有疑问,向患者核实。资料收集过程中如有空缺、遗漏,及时联系研究对象核实补充。双人双录入并核对数据。

1.2.4 统计学方法 采用SPSS21.0软件对数据进行统计分析,计数资料采用频数、百分比表示,计量资料采用均数±标准差表示;行t检验、χ²检验、秩和检验及重复测量的方差分析。检验水准α=0.05。

2 结果

2.1 两组干预前后癌症相关生育知识得分比较 见表2。

表2 两组干预前后癌症相关生育知识得分比较 分, $\bar{x} \pm s$

组别	例数	干预前	干预后1个月	干预后3个月
对照组	23	36.52±12.29	40.00±12.79	32.61±11.37
干预组	24	34.58±11.79	79.17±11.77	87.92±8.58

注:两组比较, $F_{组间} = 244.417, P = 0.000; F_{时间} = 76.360, P = 0.000; F_{交互} = 83.960, P = 0.000$ 。

2.2 两组干预前后生育忧虑得分比较 见表3。

表3 两组干预前后生育忧虑得分比较 分, $\bar{x} \pm s$

组别	时间	备孕	配偶知情	怀孕能力	不孕接受度	自身健康	子女健康	总分
对照组 (n=23)	干预前	10.04±1.67	9.83±1.69	8.78±1.93	8.26±1.96	10.91±1.99	9.65±2.37	57.48±5.40
	干预后1个月	9.26±1.60	9.26±1.98	7.96±2.29	7.96±2.29	9.30±2.01	9.30±2.01	53.87±5.57
	干预后3个月	9.52±1.83	9.87±1.98	9.78±2.02	9.57±2.11	11.22±1.54	9.70±1.89	59.65±4.74
干预组 (n=24)	干预前	9.79±2.17	10.25±2.49	9.79±1.74	9.42±2.52	10.04±2.33	9.75±1.70	59.04±4.67
	干预后1个月	6.13±1.36	6.25±1.18	5.96±2.33	5.96±2.33	7.88±1.53	7.88±1.51	36.92±4.12
	干预后3个月	5.46±1.41	3.75±1.39	6.04±2.03	4.88±2.42	7.63±1.88	5.83±1.52	33.58±4.46
	$F_{组间}$	66.074	125.335	43.961	23.230	44.163	62.532	356.241
	$F_{时间}$	28.348	48.805	10.497	9.332	10.835	19.134	91.824
	$F_{交互}$	15.488	41.295	20.377	19.242	6.251	16.379	90.239

注:均 $P = 0.000$ 。

3 讨论

3.1 多学科协作模式的生育咨询及教育干预可提高年轻妇科恶性肿瘤患者癌症相关生育知识水平 随着医学模式由生物医学模式向生物-心理-社会医学模式转变,针对肿瘤患者生育问题的解决也逐渐趋于多学科间的协作^[11]。多学科协作模式是指由不同专业

的人员组建以患者为中心的照顾团队,根据患者的个体差异,以小组交流讨论的形式制定规范、系统的护理措施,为患者提供综合性、一体化的照护^[12]。本研究发现,年轻妇科恶性肿瘤患者普遍缺乏一般生育知识和癌症相关生育知识,与Kim等^[13]的研究结果一致。有研究报道,癌症患者很少能从肿瘤专家那里得

到有关生育方面的信息^[7],并且多数(66%~100%)癌症患者希望获得有关癌症治疗对生育影响的相关信息^[14]。多学科团队模式是对慢性病管理最成功的干预模式,可显著降低慢性病并发症发生率,提高生存质量^[15]。为满足年轻妇科恶性肿瘤患者对癌症相关生育知识的需求,本研究组建由肿瘤专家、生殖医学专家、肿瘤护理专家、妇科专家、营养师及心理咨询师等组成的癌症育龄女性生育咨询及教育团队,团队成员各司其职,采取线上咨询服务加线下生育教育对患者生育有关问题给予专业指导和教育。结果显示,干预前两组癌症相关生育知识水平均较差,干预后 1 个月及干预后 3 个月干预组知识得分随时间变化而升高,对照组仍处于较低水平,差异有统计学意义,表明生育咨询和教育干预可有效提高患者癌症相关生育知识水平。

3.2 多学科协作模式的生育咨询及教育干预可减轻年轻妇科恶性肿瘤患者生育忧虑 妇科恶性肿瘤本身及其治疗通常会影响到年轻患者的生育能力,同时对生育知识的缺乏可能会引起患者严重的焦虑和对生育的担忧^[2]。有研究表明,生育咨询和教育可以提高生育力保留决策的质量,减少患者矛盾、后悔、忧虑心理^[6]。本研究结果显示,两组干预前生育忧虑水平均较高,提示年轻妇科恶性肿瘤患者普遍存在生育相关的忧虑。为了解决此问题,我科组建多学科团队,结合线上咨询、线下授课,提供肿瘤生育方面的信息,并根据患者需求给予个体化干预,制定《癌症患者生育知识手册》供患者学习,以提高患者肿瘤生育方面的知识,减轻其忧虑水平。结果显示,干预后干预组生育忧虑得分随时间推移而下降,对照组仍处于较高水平,两组比较差异有统计学意义。表明多学科协作模式的生育咨询和教育可以有效减轻患者生育忧虑。与 Wiklander 等^[16]的研究结果相似,其应用自助网络教育干预减轻了年轻癌症患者的生育忧虑与性困扰。

4 小结

多学科协作模式的生育咨询和教育干预可满足年轻妇科恶性肿瘤患者对癌症相关生育知识的需求,提高患者知识水平,从而减轻患者生育忧虑。本研究样本量小,且研究对象为术后首次放化疗患者,有一定局限性,在未来的研究中可多层次大样本地观察生育咨询及教育的干预效果。

参考文献:

[1] 王建六. 应重视和发展妇科肿瘤生殖学[J]. 中国临床医生杂志, 2020, 48(3): 253-254.
 [2] Taylan E, Oktay K. Fertility preservation in gynecologic cancers[J]. Gynecol Oncol, 2019, 155(3): 522-529.
 [3] 刘秀儒, 林霞. 女性癌症患者生育忧虑研究进展[J]. 护理学杂志, 2017, 32(16): 100-103.

[4] 吴爽, 叶雅雯, 张彬, 等. 青年女性甲状腺癌患者生育忧虑现状及影响因素分析[J]. 护理学杂志, 2019, 34(7): 65-68.
 [5] Lampic C, Ljungman L, Micaux Obol C, et al. A web-based psycho-educational intervention (Fex-Can) targeting sexual dysfunction and fertility-related distress in young adults with cancer: study protocol of a randomized controlled trial[J]. BMC Cancer, 2019, 19(1): 344-356.
 [6] Maeda E, Nakamura F, Kobayashi Y, et al. Effects of fertility education on knowledge, desires and anxiety among the reproductive-aged population: findings from a randomized controlled trial[J]. Hum Reprod, 2016, 31(9): 2051-2060.
 [7] Yong K, Shiakhtsitsava K, Natarajan L, et al. Fertility counseling before cancer treatment and subsequent fertility anxiety among female adolescent and young adult cancer survivors[J]. Cancer, 2019, 125(6): 980-989.
 [8] Oktay K, Harvey B E, Partridge A H, et al. Fertility preservation in patients with cancer: ASCO Clinical Practice Guideline Update[J]. J Clin Oncol, 2018, 36(19): 1994-2001.
 [9] Gorman J R, Su H I, Pierce J P, et al. A multidimensional scale to measure the reproductive concerns of young adult female cancer survivors[J]. J Cancer Surviv, 2014, 8(2): 218-228.
 [10] 乔婷婷, 陈丹丹, 郑蔚, 等. 癌症后生育忧虑量表的汉化及信效度研究[J]. 中华护理杂志, 2016, 51(12): 1509-1514.
 [11] Di Mattei V E, Carnelli L, Bernardi M, et al. An investigative study into psychological and fertility sequelae of gestational trophoblastic disease: the impact on patients' perceived fertility, anxiety and depression [J]. PLoS One, 2015, 10(6): e0128354.
 [12] 曹靓, 周燕. 食管癌手术患者护理模式的研究进展[J]. 护理学杂志, 2020, 35(3): 98-101.
 [13] Kim J, Mersereau J E. A pilot study about female adolescent/young childhood cancer survivors' knowledge about reproductive health and their views about consultation with a fertility specialist[J]. Palliat Support Care, 2015, 13(5): 1251-1260.
 [14] Goossens J, Delbaere I, van Lancker A, et al. Cancer patients' and professional caregivers' needs, preferences and factors associated with receiving and providing fertility-related information: a mixed-methods systematic review[J]. Int J Nurs Stud, 2014, 51(2): 300-319.
 [15] Wagner E H. The role of patient care teams in chronic disease management[J]. BMJ, 2000, 320(7234): 569-572.
 [16] Wiklander M, Strandquist J, Obol C M, et al. Feasibility of a self-help web-based intervention targeting young cancer patients with sexual problems and fertility distress [J]. Support Care Cancer, 2017, 25(12): 3675-3682.