

肺癌化疗患者症状与护士负性情绪关系视角下的护患共同体初探

唐丽玲, 张卫

Exploring the nurse-patient community from the perspective of the relationship between symptom of lung cancer patients undergoing chemotherapy and nurses' negative emotions Tang Liling, Zhang Wei

摘要:目的 探讨护患共同体的实证证据,为护患共同体的良性发展和实现护患双赢提供思路。方法 采取便利抽样法,应用问卷调查肺癌化疗患者住院期间症状,并选取患者所对应的责任护士,调查其工作压力、工作倦怠以及焦虑状况,分析患者症状严重度与护士工作压力、工作倦怠以及焦虑状况的相关性。结果 肺癌化疗患者住院期间胃口差、健忘、麻木、咳嗽为发生率与严重度均高的症状,症状得分为 32.33(17.00,42.00)分;不同症状负担的患者,其责任护士的工作倦怠及焦虑评分比较,差异有统计学意义(均 $P < 0.01$);患者症状与护士工作倦怠、工作压力、焦虑呈正相关($P < 0.05$ 、 $P < 0.01$)。结论 护士的工作倦怠、工作压力、焦虑与患者症状严重性相互影响,证实了护患共同体的存在,可通过对患者症状管理及人文关怀降低护士工作压力,实现护患共赢,促进护患共同体的和谐发展。

关键词:肺癌; 化疗; 护患关系; 健康利益共同体; 情感共同体; 护患共同体; 人文关怀

中图分类号:R473.73;C931 **文献标识码:**C **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2020.22.057

由于理论研究的欠缺,医患共同体目前还没有明确的概念,有研究者指出,医患共同体是医患双方建立在共同解决疾患,通过重视患者心理及社会功能康复,医患双方行为受法律约束的医患“指导互动型”或“共同参与型”医疗模式^[1]。其以自然、社会、法律三个属性为特征,主要包括健康利益共同体、情感共同体以及道德共同体^[1-2]。由于医学性质的转变、医学人文精神的缺乏、医学德性的削弱以及医患双方利益协调制度的“失灵”,致使医患共同体内部失和^[2-3],医患共同体面临着危机。护士作为医方的一部分,与患者接触的时间最多,护患关系是医患关系的重要组成部分,因此护患共同体也是医患共同体的一部分。目前医患共同体理论研究主要集中在医患共同体的分离原因以及和谐医患共同体重建^[1-3],实践研究相对较缺乏,而护患共同体理论与实践研究均不足,本研究将肺癌化疗患者症状与护士工作倦怠、工作压力、焦虑关系进行分析,为护患共同体提供实践证据支持,提高对护患共同体理论与实践研究的关注,构建和谐护患共同体。

1 对象与方法

1.1 对象 采用便利抽样法选取 2019 年 2 月至 2020 年 1 月在我院胸外科、肿瘤内科、呼吸内科住院的肺癌患者 126 例以及其责任护士 96 人为研究对象。患者纳入标准:①肺癌病理诊断明确;②年龄 18~75 岁;③正在接受化疗且化疗次数>3 次;④无心、肝、肾等严重器质性疾病;⑤同意参加本研究。排

除标准:①精神异常;②有沟通、理解障碍;③恶病质、极度虚弱,无法完成调查。护士纳入标准:所调查患者的责任护士。排除标准:①近期家庭变故者;②处于生理期;③入职 1 年以下。

1.2 方法

1.2.1 调查方法 采用问卷调查法,问卷包括①一般资料问卷:患者资料包括年龄、性别、文化水平、工作状态、居住地、家庭人均月收入、医保类型、是否独居;护士资料包括性别、年龄、职称、工作时间、婚姻状况。②安德森症状评估量表中文版(MDASI-C):患者填写。采用美国德克萨斯大学 Anderson 癌症中心编制的普适性癌症症状自评量表^[4]。本研究采用其第一部分即对 13 个癌症常见症状严重度的评估(疼痛、疲乏、恶心、睡眠不安、苦恼、气短、健忘、胃口差、瞌睡、口干、悲伤、呕吐、麻木),各项均采用数字评分法,以 0~10 分计分,0 分表示无症状,10 分表示能想象到最严重症状。本研究该量表的 Cronbach's α 系数为 0.829。③修订版肺癌特异性模块:患者填写。由 Mendoza 等^[5]根据肺癌患者的症状特点制定,最初仅包括便秘、咳嗽以及咽喉疼痛 3 个症状。在该模块的基础上,张立力等^[6]根据我国肺癌患者的症状特点对其进行修订,修订后包括咳嗽、咳痰、咯血、胸闷、便秘、体质量下降 6 个项目,其计分方式与 MDASI-C 一致。本研究中 Cronbach's α 系数为 0.755。④焦虑自评量表(SAS):护士填写。量表有 20 个描述焦虑感受的条目,每个项目采用 4 级评分,1 表示没有或很少时间有,2 是小部分时间有,3 是相当多时间有,4 是绝大部分或全部时间都有,其中 15 个条目正向评分,5 个条目反向评分,总分 80 分,其标准差的分界值为 50 分,50~59 分为轻度焦虑,60~69 分为中度焦虑,69 分以上为重度焦虑^[7]。⑤护士工作压力量表:护士填写。该量表由李小妹等^[8]根据国外相关护理工作压力源量表并结合中国国情编制,包括护理专业及工作方面的问题、时间分配及

作者单位:皖南医学院第一附属医院医院感染管理科(安徽 芜湖, 241000)

唐丽玲:女,本科,副主任护师,科长

通信作者:张卫,156127362@qq.com

科研项目:2018 年度皖南医学院中青年科研基金(人文社科研究项目)(WKS2018F02);2017 年度安徽高校人文社会科学研究项目(SK2017A0217)

收稿:2020-06-12;修回:2020-08-03

工作量问题、工作环境及仪器设备问题、患者护理方面的问题、管理及人际关系方面的问题 5 个方面 35 个条目,每个条目采用 1~4 级评分,总分 140 分,分数越高,压力越大。本研究中 Cronbach's α 系数 0.813。⑥工作倦怠量表(MBI-GS 中文版):护士填写。该量表由李超平等^[9]修订,包括情绪衰竭、玩世不恭和成就感低落 3 个维度 15 个条目,每个条目采用 0(从来没有)~6(总是)7 级评分,3 个维度的条目均分之和为总分,分数越高,倦怠程度越重。本研究中 Cronbach's α 系数为 0.860。患者调查由经过培训的护士采用一对一、面对面的形式,用统一的指导语,无记名的方式由患者自行填写,当患者无法完成时由调查者逐项陈述,根据患者回答帮助完成,平均填写时间 10 min,现场回收,对于其中的缺失项目及时补填,共发放问卷 126 份,回收有效问卷 126 份,有效回收率 100%。护士调查问卷发放 96 份,回收有效问卷 96 份,有效回收率 100%。

1.2.2 统计学方法 采用 SPSS16.0 软件进行统计分析。计量资料符合正态分布使用均数和标准差进行描述,非正态分布用中位数和四分位数描述,计数资料采用率与构成比描述,单因素分析行独立样本 t 检验,相关分析采用 Pearson 相关法,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 一般资料 本研究共调查患者 126 例,其中男 89 例,女 37 例;年龄 44~73(62.21±9.38)岁;家庭所在地农村 76 例,城镇 50 例;家庭人均月收入<1 000 元 47 例,1 000~元 65 例,>3 000 元 14 例;独居 11 例,非独居 115 例;在职 12 例,非在职 114 例;文化程度小学以下 75 例,中学/专科 46 例,本科以上 5 人;新农合医保 76 例,职工医保 30 例,居民医保 14 例,其他 6 例。调查护士 96 人,男 5 人,女 91 人;年龄 22~54(31.01±7.52)岁;护士 35 人,护师 41 人,主管护师以上 20 人;工作时间<5 年 38 人,5~年 31 人,>10 年 27 人;已婚 58 人,未婚 38 人。

2.2 肺癌化疗患者症状发生率及严重程度评分 症状得分“0”分为未出现该症状,≥1 分者为出现该症状。肺癌化疗患者症状总分为安德森症状评估量表与肺癌特异性模块各条目之和,得分范围 0~110 分,中位数与四分位数为 32.33(17.00,42.00)分,症状发生率和严重程度评分,见表 1。

2.3 护士工作压力、工作倦怠、焦虑状况和不同症状负担患者责任护士的评分比较 护士工作压力得分 82.74±14.88,工作倦怠 6.31±2.83,焦虑 36.90±10.49。肺癌化疗患者症状得分总分的中位数为 32 分,将<32 分作为低症状负担组(53 例),32 分以上为高症状负担组(73 例),其责任护士的工作压力、工作倦怠及焦虑评分比较,见表 2。

2.4 肺癌患者症状与护士工作压力、工作倦怠、焦虑的相关分析 肺癌化疗患者症状得分与护士工作倦

怠、工作压力、焦虑的相关系数为 0.412、0.215、0.656, $P<0.01$ 、 $P<0.05$ 、 $P<0.01$ 。

表 1 肺癌化疗患者症状发生率及严重程度评分($n=126$)

症状条目	发生率 [例(%)]	严重程度 [分, $M(P_{25},P_{75})$]
疲乏	63(50.00)	0(0.00,3.00,)
胃口差	92(73.02)	2(0.00,5.00)
苦恼	57(45.24)	0(0.00,3.00)
悲伤	70(55.56)	1(0.00,4.00)
健忘	90(71.43)	2(0.00,5.00)
睡眠不安	67(53.17)	1(0.00,3.00)
恶心	62(49.21)	0(0.00,2.00)
麻木	81(64.39)	2(0.00,5.00)
疼痛	68(53.97)	1(0.00,3.00)
呕吐	68(53.97)	1(0.00,3.00)
口干	78(61.90)	1(0.00,3.00)
瞌睡	47(37.30)	0(0.00,2.00)
气短	51(40.48)	0(0.00,1.00)
咳嗽	84(66.67)	1(0.00,3.00)
咳嗽	76(60.32)	1(0.00,3.00)
咯血	21(16.67)	0(0.00,0.00)
胸闷	61(48.41)	0(0.00,2.00)
便秘	54(42.86)	0(0.00,3.00)
体质量下降	76(60.32)	1(0.00,2.00)

表 2 不同症状负担责任护士的工作压力、工作倦怠及焦虑评分比较 $\bar{x}\pm s$

组别	人数	焦虑	工作压力	工作倦怠
低症状组	41	31.00±7.25	80.81±11.63	5.41±2.60
高症状组	55	41.19±10.43	84.15±16.79	6.97±2.82
t		7.460	2.814	3.770
P		0.000	0.006	0.000

3 讨论

3.1 护患间症状相互影响,存在着护患共同体 护患关系是医患关系的重要组成部分,疾病康复是护患共同的目标,二者利益相关,组成健康利益共同体。本研究通过护士负性情绪和患者症状间的影响的角度证实这种共同体的存在,使护患双方认识到彼此是一个共同体,促进护患关系的和谐发展。本研究结果显示,不同症状严重度患者的责任护士的焦虑、工作倦怠评分差异有统计学意义,护士的工作压力、工作倦怠、焦虑与患者的症状严重度呈正相关,说明护患共同体的存在。镜像神经元理论认为,人的大脑中存在着无数镜像神经元,当人经历或者看到他人的某种情绪时,镜像神经元会被激活,会体验到当事人的情绪感受^[10]。一方面,患者的症状也可影响护士的情绪,患者症状的加重会加大护理难度,增加护理风险,加大工作量,护士承受的身体压力及心理压力也越大,从而加大护士的工作压力,产生和加重工作倦怠感,使护士的焦虑感进一步加重;另一方面,护士在工作中会形成工作压力、工作倦怠以及焦虑^[11],这些负性情绪可能会通过镜像神经元在无形中影响到患者情绪,也就是情绪感染,从

而加重患者的症状感受。由此可见,护患双方相互依存,二者以共同体形式存在。

3.2 做好症状管理,维护健康利益共同体 医患健康利益共同体最初由时任卫生部长陈竺^[12]提出,认为医患间存在着利益共同体,“医”和“患”不仅有着“战胜病魔、早日康复”的共同目标,而且战胜疾病不仅需要医生精湛的医术,还要有患者战胜疾病的信心以及积极配合。潘新丽^[2]进一步指出,这种利益共同体是健康利益共同体。健康利益共同体的维护需要医护患三方共同参与,首先要医生提高诊疗技术,能够及时治愈或缓解疾病,根据疾病的轻重缓急,给患者及家属提供可能的预期治疗效果。护士在完成日常患者治疗护理工作时还要做好患者住院期间的症状管理,最大程度地缓解患者因疾病及治疗所带来的症状困扰。有研究指出,症状往往相互伴发,协同发展,形成症状群,加重患者症状负担,而症状群管理可提高症状管理效率,同时可改善患者多重症状,降低治疗相关不良反应的风险,有利于改善患者临床结局及生活质量,是症状管理的新视角^[13-14]。患者作为护患共同体的组成部分和主要受益者,应配合医护人员进行治疗和护理,相信并且依从医护人员的治疗护理选择,只有护患一心,协同配合才能维护好护患共同体。

3.3 给予人文关怀,建立情感共同体 护患共同体是健康共同体与情感共同体的有机结合,而目前情感共同体还没有明确的概念。有研究者指出,医患双方应具有内在的情感凝聚力和相互团结的力量,在交往中保持道德上的信任,对涉及生死的重大问题能形成共同的认识和价值判断^[2]。护患情感共同体的建立需要护患双方对彼此给予人文关怀,2010 年初卫生部在全国范围内开展了以“夯实基础护理,提供满意服务”为主题的优质护理服务示范工程活动,活动中要求护士给予患者人文关怀护理^[15]。首先要做好护理安全,包括给药安全、治疗安全、护理措施安全、环境安全等,做好护理安全,是建立信任关系的基础。其次要做到有效沟通,美国医生特鲁多曾经说过医学是“有时去治疗,常常去帮助,总是去安慰”。沟通是安慰的一种常用方式,护士与患者的接触中不要吝惜沟通,通过沟通拉近彼此心理距离,做一个有温度的护士去感染患者,同时这种沟通具有辅助治疗作用^[16]。最后满足患者合理需求,患者的需求可分为合理与不合理需求两种,患者合理需求要根据现实的条件及时予以满足,对于不合理需求要给予必要的解释,取得理解。患者同样对护士也要给予人文关怀,理解体谅护士的工作,尊重并且配合护理人员,认可护士的劳动,适当的鼓励可改善护士工作压力与疲溃,增加护士的职业认同。护患情感共同体需要彼此理解、信任,彼此给予人文关怀。

4 小结

实践证明,护患之间相互依存,存在着护患共同

体,这种共同体包括健康利益共同体与情感共同体。护患共同体的维护需要护患双方共同参与,护士做好患者症状群管理,改善和减轻患者症状负担,患者配合护士的治疗护理,相互协同,建立健康利益共同体。护士在工作中注意做好护理安全,与患者进行有效沟通,做一个有温度的护士,满足患者合理需求,同样患者作为共同体的一部分,尊重护士,进行良好沟通,给予护士人文关怀,以相互人文关怀,建立好、维持好护患情感共同体。护患共同体的存在需要护患双方的共同参与与共同努力,缺少任何一方共同体都将难以继,维护好护患共同体是良好护患及医患关系的保障。同时本研究还存在一定的不足,由于护士心理的影响因素众多,研究期间其他因素的影响未能完全排除,可能会干扰研究结果,未来需要对这些因素予以明确,加以控制,提高研究结果的推广性。

参考文献:

- [1] 胡波,王杰,李桂蓉,等.构建和谐医患共同体[J].四川医学,2017,38(4):108-110.
- [2] 潘新丽.“共同体”的分离与重建:当代医患关系的医学哲学思考[J].华中科技大学学报(社会科学版),2015,29(2):109-113.
- [3] 袁铸,尹奋勤.社会转型时期“医患共同体”内部失和的政治学分析[J].医学与哲学(人文社会医学版),2011,32(4):30-31.
- [4] Cleeland C S, Mendoza T R, Wang X S, et al. Assessing symptom distress in cancer: The MD Anderson symptom inventory[J]. Cancer, 2000, 89(7):1634-1646.
- [5] Mendoza T R, Wang X S, Lu C, et al. Measuring the symptom burden of lung cancer: the validity and utility of the lung cancer module of the M. D. Anderson Symptom Inventory[J]. Oncologist, 2011, 16(2):217-227.
- [6] 张立力,臧瑜. MD 安德森症状评估量表肺癌模块的修订和考评[J]. 肿瘤, 2013, 33(5):441-445.
- [7] 张燕,钱新毅,王丹,等. 应聘护士焦虑及社会支持状况调查与分析[J]. 重庆医学, 2017, 46(1):103-104.
- [8] 李小妹,刘彦君. 护士工作压力源及工作疲溃感的调查研究[J]. 中华护理杂志, 2000, 35(11):4-8.
- [9] 李超平,时勘. 分配公平与程序公平对工作倦怠的影响[J]. 心理学报, 2003, 35(5):677-684.
- [10] 陈巍,何静. 镜像神经元、同感与共享的多重交互主体性——加莱塞的现象学神经科学思想及其意义[J]. 浙江社会科学, 2017(7):92-98,159.
- [11] 孙菲,温肇霞. 肿瘤科护士心理健康现状及压力源调查[J]. 青岛大学医学院学报, 2013, 49(1):65-67,70.
- [12] 陈竺. 医患双方是利益共同体[N]. 人民日报, 2019-12-10(18).
- [13] 张卫,王维利,章新琼. 症状群管理:症状管理的新视角[J]. 医学与哲学, 2016, 37(1):5-7.
- [14] 王丹丹,付菊芳,房宁宁,等. 肺癌患者的症状群及其与生活质量的相关性[J]. 护理学杂志, 2012, 27(23):5-8.
- [15] 刘义兰,段征征,喻姣花,等. 人文关怀护理模式的构建与实践[J]. 中国护理管理, 2013, 13(3):118-119.
- [16] 路星星,刘义兰,赖艮,等. 住院患者关怀性沟通体验的质性研究[J]. 护理学杂志, 2018, 33(6):71-74.

(本文编辑 钱媛)