

癌症患者自杀意念心理体验的质性研究

王舒杰¹, 胡德英², 孙璇³, 尚彦彦¹, 黄红丽⁴

Subjective experience and suicidal ideation in cancer patients: a qualitative research Wang Shujie, Hu Deying, Sun Xuan, Shang Yanyan, Huang Hongli

摘要:目的 了解癌症患者自杀意念发生发展的心路历程和内心需求,为临床医护人员预防住院患者自杀提供建议和依据。方法 采用现象学研究方法,对16例有自杀意念的住院癌症患者进行半结构式深入访谈;访谈资料选用Colaizzi七步分析法进行分析。结果 癌症患者的心理体验可以分为危险因素和保护因素两个方面。危险因素包括生理因素(生存质量低下或疾病预后不良)、心理因素(孤独感、累赘感、愤怒、自责、生命无意义感)、社会因素(负性生活事件和经济压力)。保护性因素包括对死亡的害怕、对家庭的责任感、亲友支持和心理弹性。结论 癌症患者自杀的预防和干预,不仅要注重降低患者自杀的危险因素,也要发掘患者的保护性因素,从而降低甚至打消患者自杀的念头。

关键词:癌症患者; 自杀意念; 危险因素; 保护因素; 质性研究; 心理弹性

中图分类号:R473.73;R473.74 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2019.22.080

癌症患者是自杀的高危人群^[1-2]。2002~2004年我国台湾地区癌症患者自杀死亡率达288.9/100 000,是普通人群(11.4/100 000)的25倍^[3]。患者自杀会给死者家属带来心理痛苦、羞愧和自责的情绪^[4]。自杀作为重要的公共卫生问题,已经引起了广泛的社会关注。自杀意念是自杀的第一步^[5]。对患者进行自杀意念的评估和干预是自杀预防的重要内容^[6]。本研究通过对有自杀意念的患者进行访谈,了解患者自杀意念发生发展过程,提取患者自杀意念产生的影响因素,挖掘患者自身的保护性因素和积极能量,旨在为临床工作人员对自杀意念的患者进行相关干预,减少患者自杀事件的发生提供依据。

1 对象与方法

1.1 对象 本研究首先以2017年6~10月湖北省2所医院肿瘤科患者为研究对象,采用自杀可能性量表^[7]筛选出有自杀意念的人群。问卷调查纳入标准:①年龄≥14岁;②已经确诊为癌症,并且对疾病知情;③对本研究知情并愿意合作;④能理解问卷的内容。排除标准:①躯体功能障碍不能合作者;②智力障碍者;③患者对自己所患疾病不知情。为了保证有充足的样本,研究者调查了310例患者,其中有34例有自杀意念。采用目的抽样法对自杀意念癌症患者进行访谈,在选取研究对象时,尽量选择背景有所差异的受访对象,提高研究对象的代表性,避免“菁英偏差”(只与高地位者谈话)^[8]。本研究最后访谈了16例,其中男6例,女10例;年龄15~68岁;已婚13

例,未婚2例,丧偶1例;居住在城市11例,农村5例;肺癌3例,宫颈癌3例,结直肠癌2例,胶质瘤2例,卵巢癌2例,其他4例。

1.2 方法

1.2.1 资料收集方法 本研究采用半结构式深度访谈法收集资料。通过查阅相关文献后,初步拟定访谈提纲,然后小组内进行讨论修改,并邀请肿瘤护理专家、护理管理者、心理学家各1名对访谈提纲提出修改意见。在正式访谈前对2例住院癌症患者进行预访谈,预访谈的内容不纳入正式的资料分析。访谈提纲:①您能谈谈对自身疾病的了解吗?②您对自己疾病治疗的想法是什么样的?③您在什么情况下会有轻生的想法呢?④您会将这种想法付诸行动吗?⑤有什么能够阻止您将这种想法付诸行动呢?⑥您有想过人活着的意义这类的问题吗?⑦您有什么问题或困难需要帮助吗?⑧接下来您有什么打算呢?为了避免他人在场而影响患者表达内心的意愿并根据患者和临床医务人员的建议,访谈地点为科室的教室,访谈前告知受访者本研究目的及保密性原则等,消除受访者的担忧。在交流过程中,并不控制交谈的走向,根据患者的回答,灵活调整访谈的顺序和方式,对有价值的回答,进行适当追问。在语言上根据患者年龄、性别和教育背景有所变化,方便受访者理解和回答。访谈过程中关注面部表情变化并记录。访谈时间30~60 min,平均45 min。直至资料饱和。为了避免泄露患者的隐私,所有访谈者均用代码H1~H16表示。

1.2.2 资料分析方法 资料分析采用Colaizzi^[9]七步分析法。为了避免分析资料的主观性偏倚,在资料分析完毕后,将转录的资料交给1名没有参与此研究但是对该领域比较熟悉的研究者对资料进行分析,提取主题,遇到不一致的意见时经过讨论和交流达到一

作者单位:武汉大学人民医院 1. 新生儿科 3. 门诊部 4. 儿科(湖北 武汉, 430000); 2. 华中科技大学同济医学院附属协和医院护理部

王舒杰:女,硕士,护师

通信作者:胡德英, hudeying2006@126.com

科研项目:国家自然科学基金面上项目(71673100)

收稿:2019-06-23;修回:2019-08-20

致意见即停止对资料的分析。

2 结果

2.1 危险因素

2.1.1 生理因素 ①生存质量低下。癌细胞导致躯体疼痛,影响睡眠,化疗药物的不良反应,包括食欲不振、呕吐、疲劳等,有些癌症因为治疗的需要,会导致功能的丧失、形象的改变,还有一些患者被各种并发症困扰,生存质量显著下降,从而引发自杀意念。H10:“现在骨癌细胞全身转移,只能坐轮椅,双腿长满血栓,什么都需要别人照顾。有时候还会呼吸不畅,一口气就是上不来,简直要死。”②疾病预后不良。随着医学技术的发展,癌症患者带癌生存期显著延长,化疗效果也是因人而异,病情反复是癌症治疗的最大特点。如果化疗放疗效果不是很好,导致疾病发生发展,或者由于患者本人对疾病的了解,从而预见不良的后果,极易导致患者自杀意念的产生。更有些患者认为得了癌症就相当于判了死刑,因预见或想象可能遭受的痛苦而不愿意面对,而认为自杀是自己最好的归宿。H3:“我得的是肺小细胞癌,我的儿子当时听到一下就哭了。最近病情进展了,我都不想讲话,心情很糟糕。我现在还能自理,将来病情恶化,还不如走了算了。”

2.1.2 心理因素 ①累赘感。随着患病时间延长,需要家属大量时间精力照顾自己;给家人造成的生活不便等因素使患者产生累赘感,加重了负性情绪,部分患者为避免对家人造成困扰,因而产生了自杀意念。H10:“我不想拖累儿子,已经花了几十万了。我行动不便,全靠儿子和他同事照顾,活着一点用都没有。”②孤独感。本次访谈中,患者的孤独感表现为缺少亲友的陪伴,更多的表现为精神上的孤独感,个体既存在被他人关心的需要又存在关心他人的需要,当这两种或其中一种需要没有得到满足,如“当我需要帮助关心的时候,没有人关心我”等,患者就会产生孤独感。H11:“生病之后,一直都是婆婆在旁边照顾我,我老公需要在外边挣钱,没办法过来。婆婆心里不好受,我心里也难受,看着婆婆难受,感觉更难受。”

③愤怒。患者的愤怒主要表现为不能接受现实,对目前情况的一种强烈的不满。有的患者是针对社会现状、生活上的不如意及对命运的无奈、不公而愤怒。H3:“试问我一生从未干过坏事,上天怎能如此对我?”也有些患者对医务人员、医疗现状表示不满。H3:“我一直在接受放疗、化疗,积极配合治疗。前一段时间查出多处转移,我的管床教授现在又出国,几个月后才回来,给我换了一个医生,你说他怎么这么不负责任呢?”④自责。患者生病以后,会回忆过去,对过去做一个总结,自己为什么会生病,这一生过得怎么样,当然更多的是对过去的一种反思,想到自己在事业、家庭、生活上曾经可能犯过的一些错误,可能

会使患者出现后悔、自责的情绪。H2:“我应该对孩子好好教育,让他养成好习惯,早睡早起啊,不能像我这样生病。”⑤生命无意义感。生命的意义可以被理解为一种生命的目标或目的,在不同的阶段,每个人可能都会思考人生的意义。生命是追求幸福、实现自我价值的过程,但是遭遇到重大疾病时,生命的意义会被重新定义。在本研究中,患者认为自我价值降低、自我实现受限,因而产生低落的情绪甚至自杀的想法。H8:“没有了健康就没有一切,我活着干嘛呢。”

2.1.3 社会因素 ①负性生活事件。患者在生病前后,遭遇负性生活事件如家人患病,自己存在并发症,或者自己事业受挫等,在癌症和其他负性生活事件的共同打击下,容易导致患者自杀意念的产生。H9:“我平时工作压力比较大,2007年诊断出甲状腺癌,做了手术,一直都挺好的。两年前,母亲突发精神病,父亲不久就去世了,给我带来了很大的精神压力。”②经济压力。癌症是花费较高的慢性病,很多住院癌症患者都承受着巨大的经济压力。H4:“怕自己治病把钱花完了,孩子没钱读书。现在这个疾病不知道要花多少钱,你说怎么办呀?”

2.2 保护性因素

2.2.1 对死亡的害怕 对疼痛的害怕、对死亡的恐惧是人类与生俱来的本能,自杀不仅要遭受到痛苦,并且意味着死亡,意味着要与这个世界告别。求生的本能会让患者在产生自杀意念后因对死亡的恐惧而减弱这种想法。本研究中在询问患者会不会采取自杀行为的时候,有些患者表现出了对死亡的恐惧,认为自己虽然有这种想法,但是不会真正采取行动,还没有到活不下去的时候,或者对于患者来说,死亡未必能有多大用处。H15:“这种想法是有的,但是我自我控制能力比较强,不会采取行动的,只是有时候比较烦躁想想而已。”

2.2.2 对家庭的责任感 在中国,血浓于水的亲情是很多患者的羁绊。在访谈过程中,很多患者表示要尽到家庭的责任。父母担心自己如果不在了,孩子会过得不好。而对于年轻患者,他们担心自己的父母、伴侣无人照顾,或者缺少精神上的安慰。H3:“我不怕死,但是不能扔下儿子不管。我的儿子四肢瘫痪,还有癫痫,必须有人照顾,要是我走了,他也活不成了。”

2.2.3 亲友支持 患者产生自杀意念的时候,有一部分受访者会对家人透露自己自杀的想法,从语言中流露出死亡的字眼,会引起家人的警觉。亲友的回应、支持和陪伴,甚至是警告等,会使患者放弃自杀的念头。H16:“女儿说她马上毕业了,可以挣钱养家,就是倾家荡产也要治病,妈妈只有一个。”

2.2.4 心理弹性 人都有自我修复的能力,时间可

以治愈某些问题。自杀意念某些时候可以看作是患者一种心理防御机制。对一些癌症患者,仍心存希望,并积极寻求生命的意义^[10]。患者本身存在自己未完成的心愿,对未来的期待,支撑着患者忍受着疾病的折磨,增加其面对困难的勇气。H3:“我最敬佩的是中国的保尔·柯察金——吴运铎,我想着将来能够活个5年,希望与癌症抗战5年,写本书写出我的抗癌之路。”

3 讨论

3.1 降低危险因素是防止患者产生自杀行为的重要手段 癌症是一个预后欠佳的恶性疾病,一旦被诊断为癌症,生命意义从此改变。生活、工作家庭等都受到重大影响,极易促发癌症患者自杀行为的发生。本研究中,生存质量低下是癌症患者自杀意念产生的重要原因,如疼痛、食欲不振、失眠、呕吐、功能丧失等。患者健康状况越差,其自杀意念越强^[11]。患者追求的不仅是生存,更是“优生”,躯体功能的丧失,会影响患者的生活质量和自我照护,降低舒适感,更有可能导致患者尊严感的丧失。应有针对性地对患者存在的问题进行干预,例如疼痛控制、睡眠促进等,增强患者的舒适感。疾病预后对患者自杀意念的产生有重要影响^[12]。很多患者还缺乏对疾病的正确认知,患者比较担心化疗的效果不好,越是担心,越是加重了心理负担,反而会影响化疗效果。医务人员可以帮助患者了解疾病的相关知识,增强患者治疗的信心,并正确认识带癌生存。在患者不介意谈论相关话题的情况下,加强临终关怀。

孤独感在本研究中体现为一种不被理解,渴望人际交往和亲密关系却又无法满足的不愉快情绪体验。当患者谈论自杀的时候,是对现有生活的不满和渴望改变的一种心理,也是向朋友、家庭、社会寻求帮助的信号^[9]。患者希望他人能听到他们内心的声音,却又不愿意表达,这个时候,自杀意念的流露就成为一种想要与外界建立联系的沟通形式。应对患者实施共情护理、人文关怀,认真倾听,关注其经历和感觉,诚恳而善良地进行回应;在与患者进行访谈之后,很多患者表示能向他人说说心里话,使自己的情感得到释放。

累赘感是自杀意念癌症患者的常见负性情绪。有研究表明,在控制了抑郁、绝望感、功能丧失等混杂因素后,累赘感仍是老年人的自杀意念的变量因素^[13]。对于住院癌症患者来说,自己需要家庭成员的照护,认为自己是亲人的负担,这种不良的认知体验导致患者产生“还不如死了好”的想法,他们的目的是保护家人或亲友。对于护理人员,可以取得家属的配合,对家属强调沟通的重要性,注意某些语言及行为对患者的伤害,让患者意识到自己对家庭的重要性,减轻患者的内心痛苦。

患者除了表示对社会的不满外,也表现出了对医疗环境的不满,提示医务人员要做好与患者的沟通工作,对于转科、出差等一些不可控的因素,要做好解释工作。有学者认为,自杀是将愤怒错误地朝向自己的结果,自杀行为是一种错误朝向的攻击性行为^[14]。对于以上情绪,医务人员应给予患者足够的空间,允许其自由表达内心,并鼓励患者积极面对未来。

近年来,生命的意义已经得到相关学者的广泛关注,并进行了一定的理论研究,生命意义的缺失是自杀行为产生的重要原因。生命意义可以是显示中体验到的幸福感,可以是对未来的希冀,也可能是一种价值的体现。由于缺乏对生命意义的正确把握和理解,患者因癌症无法治愈,往往会遭遇寻求生命意义的挫折^[15]。如果无法体会自己的感受,就会觉得特别空虚,很难寻找生命的意义。这提示医务可以从精神层面上对环节加以照护,可以帮助癌症患者发现生命的意义,重新对生命进行诠释,发现生命的价值。罹患癌症已经让患者不堪重负,如果患者还存在其他负性生活事件,如事业不顺、家人患病、自己存在共患疾病等,无疑是雪上加霜。外环境的作用破坏了患者内环境的稳定,为了逃避内心的痛苦,从而采取了自杀行为。调查显示,家人患病或死亡是患者自杀的重要危险因素^[16],高于其他负性生活事件。此类负性生活事件加重了患者的心理负担,如果是近期发生,会对患者产生重大打击,患者很可能产生自杀行为。护理人员应及时关注患者变化,对近期有重大负性生活事件的患者给予关注,及时评估其心理状态,必要时进行危机干预,预防自杀行为的发生。

3.2 增加保护因素能有效降低自杀风险 保护性因素是对抗自杀冲动所建立的坚强防御。自杀是一种复杂的现象,发现患者自杀的保护性因素,帮助患者看到希望,可以降低自杀风险。本研究有5例表现出了对死亡的恐惧,说明患者处在生存和死亡的矛盾情绪中,这也符合杨丽等^[5]的自杀过程论,也是阻止患者采取自杀行为的原因之一。此外患者担心自己的离去会对家人带来更多的心理困扰,甚至遭受社会和舆论的谴责,临床医务人员可以从此方面进行相关干预,帮助癌症患者放弃自杀念头。Richardson-Vejlgaard等^[17]发现对孩子的牵挂对自杀起着保护的作用,支持了本研究。社会支持较高的患者自尊水平较高,归属感更强,对自己的认可度也增加,认为自己有用可以降低自杀意念的水平^[18]。

心理弹性是一种在面对潜在的威胁时克服个人脆弱和环境压力并“恢复”和取得良好表现的能力^[19]。每个个体都有自愈的能力^[20]。心理弹性是在面对创伤、逆境或其他重大压力时,个体适应环境的指标。患者在应激事件面前,利用自己的内在资源,通过思想、情感、认知的调节,来抗衡存在的不利因

素,抵抗产生的自杀意念。帮助个体找到其生存理由,调动个体内在的生存能量去抗衡个体的消极想法、态度,是自杀预防的根本^[21]。挖掘患者本身存在的正能量如解决问题的能力,坚强的品质等,评估患者承受痛苦的能力,促进患者自我调节。

4 小结

自杀意念或行为的产生是多种因素共同作用的结果,而且存在着个体差异性。在遭遇挫折、心理痛苦无法缓解时可能会增加患者的自杀意念,而在亲友的支持、自我调节的情况下可能减弱。总而言之,自杀行为一般出现在风险因素的积累及保护性因素消失之时。此外,只是依靠对现有问题即存在的危险因素进行修补,不足以预防患者的自杀;加强保护因子,调动患者内在的能量也是未来住院癌症患者自杀预防的方向。本研究不足之处是在访谈过程中难以评估自杀的危险性,并且也没有追踪患者的结局,这也是未来的研究方向。

参考文献:

[1] Vyssoki B, Gleiss A, Rockett I R H, et al. Suicide among 915,303 Austrian cancer patients: who is at risk? [J]. *J Affect Disord*, 2015, 175: 287-291.

[2] Saad A M, Gad M M, Al-Husseini M J, et al. Suicidal death within a year of a cancer diagnosis: a population-based study[J]. *Cancer*, 2019, 125(6): 972-979.

[3] Misono S, Weiss N S, Fann J R, et al. Incidence of suicide in persons with cancer[J]. *J Clin Oncol*, 2008, 26(29): 4731-4738.

[4] Pitman A L, Osborn D P J, Rantell K, et al. The stigma perceived by people bereaved by suicide and other sudden deaths: a cross-sectional UK study of 3432 bereaved adults[J]. *J Psychosom Res*, 2016, 87: 22-29.

[5] 杨丽,陈欣,安莉. 意念-行为框架下的自杀三阶段理论[J]. *中国临床心理学杂志*, 2018, 26(1): 94-99.

[6] 周依,胡德英,滕芬,等. 综合医院住院患者自杀预防的最佳证据总结[J]. *护理学杂志*, 2019, 34(4): 54-57.

[7] 梁瑛楠,杨丽珠. 自杀可能性量表的信效度研究[J]. *中国健康心理学杂志*, 2010, 18(2): 225-227.

[8] Matthew B, Miles A, Huberman M. 质性资料的分析:

方法与实践[M]. 张芬芬,译. 重庆:重庆大学出版社, 2015:26.

[9] Colaizzi P. Psychological research as the phenomenologist views it[M]. New York: Oxlord University Press, 1978: 48-71.

[10] Berzins M V, Watanabe H A. Talking about suicide is also talking about life and quality of life[J]. *Cien Saude Colet*, 2012, 17(8): 1959-1961.

[11] 蔺波,张丽,王玉玲. 肿瘤患者健康状况与自杀意念的相关性分析[J]. *护理学杂志*, 2015, 30(8): 79-81.

[12] Robson A, Scrutton F, Wilkinson L, et al. The risk of suicide in cancer patients: a review of the literature[J]. *Psychooncology*, 2010, 19(12): 1250-1258.

[13] Cukrowicz K C, Cheavens J S, Van Orden K A, et al. Perceived burdensomeness and suicide ideation in older adults[J]. *Psychol Aging*, 2011, 26(2): 331-338.

[14] Wilkowski B M, Robinson M D. The anatomy of anger: an integrative cognitive model of trait anger and reactive aggression[J]. *J Pers*, 2010, 8(1): 9-38.

[15] 明星. 晚期癌症患者生命意义干预方案的构建与应用研究[D]. 上海:第二军医大学, 2013.

[16] Richardson-Vejlgaard R, Sher L, Oquendo M A, et al. Objections to suicide among depressed patients with alcohol use disorders[J]. *J Affect Disord*, 2009, 17(3): 197-201.

[17] Fang C K, Chang M C, Chen P J, et al. A correlational study of suicidal ideation with psychological distress, depression, and demoralization in patients with cancer[J]. *Support Care Cancer*, 2014, 22(12): 3165-3174.

[18] Kleiman E M, Riskind J H. Utilized social support and self-esteem mediate the relationship between perceived social support and suicide ideation. A test of a multiple mediator model[J]. *Crisis*, 2013, 34(1): 42-49.

[19] Walsh F. Family resilience: a framework for clinical practice[J]. *Fam Process*, 2003, 42(1): 1-18.

[20] 郑雪. 人格心理学[M]. 广州:暨南大学出版社, 2001: 290.

[21] 熊燕. 大学生生存理由及其对自杀意念的影响研究[D]. 长沙:中南大学, 2012.

(本文编辑 吴红艳)

《护理学杂志》投稿须知

本刊应用远程采编系统全程处理稿件,欢迎广大护理同仁网上赐稿。具体步骤如下:请登录网站 <http://www.hlzz.com.cn>,进入本刊首页→点击“作者登录”→按提示注册(请务必记住注册邮箱地址和密码,以便查询稿件处理进度)→用新注册的邮箱地址和密码登录→点击“投稿”,按提示要求操作即可完成投稿。投稿完成后,系统自动生成审稿费二维码,作者用支付宝扫码支付即可。

作者需通过本刊网站查看稿件处理进度。具体步骤如下:用注册过的邮箱地址和密码登录→点击“稿件查询”进行查询,亦可按左侧稿件管理提示点击查询相应内容。

防骗防假预警:网上出现仿冒《护理学杂志》网站,假借《护理学杂志》名义录用稿件,要求汇款或转账,均非本编辑部所为,请注意甄别,凡有疑问请拨打电话 027-83662666 咨询,避免上当受骗。