

• 专科护理 •
• 论 著 •

六步癌症告知模型在前列腺癌患者病情告知中的应用

李美, 吴琛, 韩娟, 张华

摘要:目的 评价六步癌症告知模型在前列腺癌穿刺活检阳性患者告知中的应用效果。方法 将 98 例前列腺癌穿刺活检阳性患者随机分为干预组和对照组各 49 例, 对照组采用常规病情告知方式, 干预组采用六步癌症告知模型进行病情告知。结果 病情告知后干预组自我接纳总分显著高于对照组, 患者负性情绪及死亡焦虑总分显著低于对照组(均 $P < 0.01$)。结论 将六步癌症告知模型应用于前列腺癌穿刺活检阳性患者, 可提高患者的自我接纳水平, 降低其负性情绪和死亡焦虑, 对患者而言具有正性意义。

关键词: 前列腺癌; 穿刺活检; 六步癌症告知模型; 自我接纳; 负性情绪; 死亡焦虑

中图分类号: R473.6 **文献标识码:** A **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2020.10.024

Application of the six-step cancer information disclosure model in prostate cancer patients Li Mei, Wu Chen, Han Juan, Zhang Hua, Department of Urology, Affiliated Hospital of Nantong University, Nantong 226001, China

Abstract: **Objective** To evaluate the application effect of the six-step cancer information disclosure model in disease information disclosure for prostate cancer patients with positive puncture biopsy. **Methods** A total of 98 prostate cancer patients with positive puncture biopsy were randomly divided into an intervention group and a control group, with 49 patients in each group. The disease information of the control group was disclosed using the conventional method, while the patients in the intervention group were informed using the six-step cancer information disclosure model. **Results** After disease information disclosure, the total score of the self-acceptance scale of the intervention group was significantly higher than that of the control group, and the total score of negative affect and death anxiety were significantly lower than those of the control group ($P < 0.01$ for all). **Conclusion** Application of the six-step cancer information disclosure model in prostate cancer patients with positive puncture biopsy, can improve patients' self-acceptance level, reduce their negative affect and death anxiety, which is significant for the patients.

Key words: prostate cancer; puncture biopsy; six-step cancer information disclosure model; self-acceptance; negative affect; death anxiety

前列腺癌是男性常见的泌尿系统肿瘤, B超引导下穿刺活检是前列腺癌诊断的金标准^[1]。当患者被确诊为前列腺癌时, 医护人员有义务将病情告知患者, 以充分保障其知情同意权。合理有效的病情告知可帮助患者了解自身健康, 消除不良情绪, 满足自尊需要, 提高医患配合度^[2-3]。但为避免患者出现病情加重和意外发生, 医护人员在病情告知过程中会优先征求家属意见, 选择将疾病信息直接告知和间接告知家属并回避患者, 难以充分调动患者的主观能动性, 患者对疾病治疗的配合度不高。六步癌症告知模型是指通过面谈前准备、评估患者感知、了解患者疾病信息需求, 向患者提供疾病知识和信息、以共情应对患者情绪、策略和总结六个步骤对患者进行病情告知的一种沟通方法^[4]。六步癌症告知模型已被美国癌症医患沟通指南^[5]强烈推荐, 该告知模型应用于癌症

患者病情告知取得一定的效果^[6-8]。本研究对前列腺癌穿刺活检阳性患者采用六步癌症告知模型进行病情告知, 研究方法及结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 4 月至 2019 年 4 月在我院泌尿外科住院的前列腺癌患者。纳入标准: ①年龄 ≥ 40 岁; ②前列腺癌穿刺活检提示阳性; ③病情稳定, 生命体征平稳; ④意识清楚, 沟通交流能力尚可; ⑤自愿参与本研究。排除标准: ①患有其他重要脏器病变; ②有严重精神和心理疾病。符合纳入标准患者 98 例, 对患者进行编号, 奇数进入干预组($n=49$ 例), 偶数进入对照组($n=49$ 例), 两组一般资料比较, 见表 1。本研究经医院伦理委员会批准同意, 并严格遵守各项医学伦理学原则。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	文化程度(例)			家庭人均月收入(例)			婚姻状况(例)			前列腺癌 T 分期(例)			
			小学以下	初中	高中以上	<2000 元	2000~4000 元	>4000 元	已婚	未婚	离异/丧偶	T1	T2	T3	T4
对照组	49	59.90 ± 11.69	12	23	14	9	27	13	34	5	10	9	13	19	8
干预组	49	59.02 ± 10.00	13	21	15	10	25	14	34	6	9	8	14	17	10
统计量		$t=0.399$	$Z=0.008$			$Z=0.016$			$\chi^2=0.144$			$Z=0.282$			
<i>P</i>		0.691	0.994			0.987			0.931			0.778			

作者单位: 南通大学附属医院泌尿外科(江苏 南通, 226001)

李美: 女, 本科, 主管护师

通信作者: 张华, z9249ht@163.com

收稿: 2019-12-01; 修回: 2020-01-25

1.2 方法

1.2.1 干预方法

对照组在患者疾病确诊后, 由主管医生和责任护

士采取常规面谈方式告知患者或家属疾病详细信息和诊疗护理方案。干预组在前列腺癌确诊后,采用六步癌症告知模型对患者进行病情告知,具体如下。

1.2.1.1 组建病情告知小组并培训小组成员 小组成员包括泌尿外科医生 4 名(2 名主任医生,2 名主治医师),护士长 1 名和责任护士 3 名。泌尿外科医生主要负责患者疾病诊断、治疗和病情告知。护士长主要负责指导责任护士制订护理计划,对六步癌症告知模式的实施进行质量控制。3 名责任护士主要负责患者护理方案的制订和实施,协助医生完成病情告知。由经过六步癌症告知模型系统培训的研究者对小组成员进行相关知识培训,培训 8 次。培训内容为六步癌症告知模型的起源、定义、步骤和具体操作方法;采用角色扮演方式模拟六步癌症告知的场景,对角色扮演中存在的问题和不足进行讨论;在最后一次培训课时邀请已知晓病情的前列腺癌穿刺活检阳性患者交流被告知病情的经历,并在其中提取有正性意义的告知经验,让小组成员了解癌症患者被告知病情后的反应,以便在干预过程中作出正确应答。

1.2.1.2 病情告知方法 ①面谈前的准备工作。面谈前由责任护士与医生、患者及其家属(1~2 名关系亲密的家属)约定好面谈时间和地点,确保面谈地点安静舒适不受打扰。每次面谈需要医生 2 名(主任医生和主治医师各 1 名)和护士 1 名参与。主治医师负责告知患者目前的诊断、主要治疗方案和预期疗效;主任医生负责解答患者在了解病情后的各项疑惑;责任护士了解患者病情,观察患者反应,适当给予患者安慰,在患者情绪稍平缓后,告知患者详细的护理方案。②评估患者的感知情况。面谈开始后,责任护士使用开放性问题(如:您好,请问您目前知晓自己的哪些病情信息呢?)了解患者目前对病情的知晓情况,为下一步谈话做好准备。③了解患者对疾病信息的需求。询问患者是否想知道疾病诊断、诊疗护理方案的全部细节,若患者不愿意知道疾病所有详细内容则告知患者家属。④向患者提供疾病知识和信息。告知患者疾病诊断前,采用“抱歉,我有一个不太好的消息要告诉您”等预示性语言暗示患者不好的消息即将来临,让患者有一定的心理缓冲时间。病情告知的内容包括患者目前的临床诊断、癌症分期,目前已经制订的治疗方案和护理方案,不同治疗方案的风险,可能预后及医疗费用,让患者有选择的空间,充分尊重患者的自主权。病情告知时,主治医师使用非专业用语,用通俗易懂患者能理解的语言表达。主治医师和责任护士向患者阐述客观事实,避免使用“您的病情我们无能为力”或“您的病情已经是晚期了,不管在什么医院治疗效果都是不显著的”等消极性语言表达自己的看法。⑤以共情应对患者情绪。患者知晓病情后可能会存在否认、怀疑、哭泣或愤怒等不良情绪,患者在发泄情绪时,医护人员需安静陪伴,并严密观察

患者的反应,鼓励患者表达目前感受,并对患者的感受作出合理的回应。⑥策略和总结。面谈结束后第 2 天,召开小组成员会议,为患者制订详细具体的诊疗和护理方案,并由责任护士将诊疗护理方案告知患者,让患者有一定的心理准备。

1.2.2 评价方法

1.2.2.1 一般资料调查表 由研究者设计,主要包括患者年龄、文化程度、家庭人均月收入、婚姻状况和前列腺癌 T 分期。

1.2.2.2 自我接纳问卷(The Self Acceptance Questionnaire, SAQ) 由丛中等^[9]于 1999 年编制,主要用于评价个体的自我接纳程度。问卷包括自我接纳(8 个条目)和自我评价(8 个条目)2 部分。各条目得分为 1~4 分,分别对应“非常相反”“基本相反”“基本相同”和“非常相同”。问卷总得分为 16~64 分,得分越高表示个体的自我接纳程度越高。因本研究所纳入的对象均为前列腺癌确诊患者,问卷的部分条目并不能很好地反映患者的自我接纳程度,故对问卷部分内容进行修订,修订后量表的 Cronbach's α 系数为 0.892,重测信度为 0.831。

1.2.2.3 正性负性情绪量表(Positive and Negative Affect Scale, PANAS) 采用黄丽等^[10]修订的中文版量表,量表包括正性情绪和负性情绪 2 个维度共计 20 个条目,各维度 10 个条目。条目得分为 1~5 分,分别表示“几乎没有”“比较少”“中等程度”“比较多”和“极其多”。正性情绪维度得分越高表明个体越积极乐观,负性情绪维度得分越高表明个体越消极冷漠。中文版量表的 Cronbach's α 系数为 0.82。本研究该量表 Cronbach's α 系数为 0.815。

1.2.2.4 中文版五级死亡焦虑量表(Chinese Version of Templer-Death Anxiety Scale, CT-DAS) 采用杨红等^[11]于 2013 年修订的中文版量表,主要用于评估个体的死亡焦虑水平。量表包含情感(6 个条目)、压力与痛苦(4 个条目)、时间意识(2 个条目)和认知(3 个条目)4 个维度。各条目得分为 1 分或 0 分,分别表示“是”或“否”,其中反向计分条目有 2、3、5~7、15 条目。量表总得分为 0~15 分,得分越高者其死亡焦虑越明显。中文版量表的 Cronbach's α 系数为 0.71,重测信度为 0.83。本研究该量表 Cronbach's α 系数为 0.792。

1.2.3 资料收集方法 问卷的发放由 3 名经统一培训的护士完成,在病情告知前和首次告知病情后的 3 d 内(告知后)对患者进行评估。对于填写问卷不便的患者,由护士逐一解释后协助其填写。所有问卷当场收回并逐一检查,以保证问卷填写的完整性和有效性。

1.2.4 统计学方法 所有数据使用 SPSS 20.0 软件进行双人录入和分析,采用均数±标准差或频数对数据进行描述,行两独立样本 t 检验、 χ^2 检验或秩和检

验, 检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组病情告知前后自我接纳得分比较 见表 2。

表 2 两组病情告知前后自我接纳得分比较

组别	例数	分, $\bar{x} \pm s$	
		告知前	告知后
对照组	49	19.82 ± 5.01	22.98 ± 3.79
干预组	49	19.93 ± 5.79	27.82 ± 6.29
<i>t</i>		0.495	4.609
<i>P</i>		0.621	0.000

2.2 两组病情告知前后正性负性情绪得分比较 见表 3。

表 3 两组病情告知前后正性负性情绪得分比较

组别	例数	分, $\bar{x} \pm s$			
		正性情绪		负性情绪	
		告知前	告知后	告知前	告知后
对照组	49	15.68 ± 4.07	18.08 ± 4.44	42.06 ± 6.75	38.71 ± 4.92
干预组	49	16.33 ± 4.28	19.73 ± 4.73	41.29 ± 6.59	34.10 ± 5.10
<i>t</i>		0.770	1.783	0.571	4.566
<i>P</i>		0.221	0.078	0.715	0.000

2.3 两组病情告知前后死亡焦虑得分比较 见表 4。

表 4 两组病情告知前后死亡焦虑得分比较

组别	例数	分, $\bar{x} \pm s$	
		告知前	告知后
对照组	49	14.15 ± 3.25	13.02 ± 1.61
干预组	49	13.96 ± 3.42	10.14 ± 2.01
<i>t</i>		0.282	7.814
<i>P</i>		0.778	0.000

3 讨论

3.1 六步癌症告知模型的应用可提高前列腺癌穿刺活检阳性患者的自我接纳水平 自我接纳是指个体对其所有特征都愿意去了解 and 面对, 并无条件地接纳。自我接纳是个体心理健康的评价标准之一, 是个体拥有健全人格的必要条件^[12]。当患者被告知患有癌症时, 多数患者在短期内会选择逃避和否认, 不愿面对现实, 其自我接纳水平降低。本研究显示, 病情告知后干预组自我接纳总分显著高于对照组 ($P < 0.01$), 说明六步癌症告知模型用于前列腺癌穿刺活检阳性患者病情告知, 可提高其自我接纳水平。在六步癌症告知模型应用过程中, 医护人员会评估患者对疾病的感知和对疾病信息的需求, 再给予患者相应的病情信息, 使患者有一定的心理准备, 且更倾向于接受自己并愿意了解信息, 患者在被告知癌症诊断后更易于接受自己的带病状态。患者在知晓癌症诊断后, 医护人员将陪伴患者, 鼓励患者表达自身情感, 并为患者提供不同诊疗护理方案、治疗风险、可能预后及医疗费用等详细医疗信息, 让患者对自身疾病和治疗效果有较为明确的定位, 患者能更好地接纳自身, 有利于其积极配合治疗及护理。

3.2 六步癌症告知模型的应用可降低前列腺癌穿刺

活检阳性患者的负性情绪 前列腺癌是老年男性较常见的恶性肿瘤之一, 当个体被告知患有前列腺癌时, 其所产生的心理冲击是巨大的, 部分个体也会因此产生焦虑、抑郁、愤怒和恐惧等负性情绪, 甚至出现心理障碍, 这将严重影响癌症患者的生活质量。有研究表明, 医护人员合理的病情告知和人文关怀能够帮助患者积极应对疾病, 减轻心理痛苦^[13]。本研究显示, 病情告知后干预组负性情绪得分显著低于对照组 ($P < 0.01$), 说明六步癌症告知模型用于前列腺癌穿刺活检阳性患者病情告知, 可降低患者的负性情绪, 与相关研究结果一致^[6-8]。六步癌症告知模型倡导对患者进行人文关怀, 倡导医护患三方知情同意, 充分调动了患者的主观能动性, 让患者不再处于被动状态。医护人员在对患者进行详细病情告知后, 患者对疾病、诊疗过程和预后了解更全面, 减少了不必要的焦虑情绪; 医护人员在患者知晓病情后, 鼓励患者发泄不良情绪, 陪伴理解患者, 有利于改善患者的负性情绪。

3.3 六步癌症告知模型的应用可降低前列腺癌穿刺活检阳性患者的死亡焦虑 死亡焦虑是指个体对死亡认知的心理历程, 包括担心、焦虑、恐惧等心理痛苦表现^[14]。死亡焦虑是个体产生的一种防御性心理状态, 普遍存在于个体的生活中, 过度的死亡焦虑将严重影响个体的身心健康^[15]。丁娜^[16]的研究表明, 恶性肿瘤患者存在较高的死亡焦虑。本研究显示, 病情告知后干预组死亡焦虑得分显著低于对照组 ($P < 0.01$), 说明六步癌症告知模型用于前列腺癌穿刺活检阳性患者病情告知, 可降低患者的死亡焦虑水平。六步癌症告知模型让患者在面对癌症“坏消息”时有充分的心理准备, 患者可从医护人员处获取详细的疾病信息, 并根据医护人员提供的诊疗方案进行自主选择, 患者对疾病的预后有清晰的认知, 患者更能坦然面对死亡, 其死亡焦虑相对较低。

4 小结

六步癌症告知模型的应用可提高前列腺癌穿刺活检阳性患者的自我接纳水平, 降低患者负性情绪和死亡焦虑, 对患者而言有正性意义。在诊疗活动中, 充分告知患者病情及医疗护理措施, 是医护人员应履行的义务^[17]。医护人员在与癌症患者交流的过程中应加强沟通技巧的学习, 使用六步癌症告知模型对患者进行病情告知, 以便患者更好地配合进一步的治疗和护理。建议对医护人员展开六步癌症告知模型相关培训, 让其更好地服务于癌症和危重患者及其家属。对癌症患者仅行病情告知是不够的, 患者与医护人员应做到共商共享, 充分尊重患者在疾病治疗过程中的主动权, 建议后续研究在病情告知的基础上进行共享决策, 以调动患者治疗积极性和依从性。

参考文献:

[1] 孙颖浩. 我国前列腺癌的研究现状[J]. 中华泌尿外科杂志, 2004, 25(2): 77-80.
 [2] 姜丽杰, 苑建兵, 殷秀霞. 癌症患者难以告知的原因分析