

临床心灵关怀服务在肿瘤常规治疗中的作用及探讨

刘晓红,彭望连,杨辉,童菲,唐灏珂,蒋玲,邹然,黄旭芬,易丽丽
(湖南省肿瘤医院/中南大学湘雅医学院附属肿瘤医院,湖南长沙 410013)

摘要:探讨临床心灵关怀对癌症患者负性情绪、睡眠、希望水平和应对方式的影响。纳入湖南省肿瘤医院的住院患者 150 例,通过 5 次心灵关怀干预,测量干预前后患者的焦虑、抑郁、睡眠、希望水平和应对方式情况,运用重复测量分析,结果发现心灵关怀可改善患者睡眠,降低患者焦虑抑郁水平,提高患者的希望水平,提高患者采用面对、回避应对方式的可能性。

关键词:心灵关怀;肿瘤患者;焦虑;抑郁;应对方式

中图分类号:R197 文献标识码:A 文章编号:1004-0242(2016)05-0357-04

doi:10.11735/j.issn.1004-0242.2016.05.A007

Exploration of Clinical Spiritual Care in Conventional Cancer Treatment

LIU Xiao-hong, PENG Wang-lian, YANG Hui, et al.

(Hunan Cancer Hospital/the Affiliated Cancer Hospital of Xiangya School of Medicine, Central South University, Changsha 410013, China)

Abstract: One hundred and fifty cancer patients admitted in Hunan Cancer Hospital were recruited in the study. All patients received five spiritual care interventions. The states of depression, anxiety, sleep disorder, hope level and coping behavior were evaluated with Self-rating Depression Scale(SDS), Self-rating Anxiety Scale(SAS), Pittsburg Sleep Quality Index(PSQI), Herth Hope Index(Herth) and Medical Coping Modes Questionnaire(MCMQ), respectively, before and after the interventions. Repeated measures analysis of variance showed that spiritual care alleviated the anxiety and depression, improved quality of sleep, boosted the level of hope, and promoted adoption of coping mechanisms of confrontation and avoidance of cancer patients.

Key words: spiritual care; cancer patient; anxiety; depression; coping mode

目前,随着医学模式的改变,肿瘤临床全人治疗理念的引入,主要针对癌症患者的医学人文照顾及肿瘤社会心理专业的迅速发展,加上癌症治疗过程中的非医疗性支持性服务的开展,癌症患者的心灵关怀需要开始受到越来越多人的关注。湖南省肿瘤医院从 2007 年开始率先在国内开展临床心灵关怀服务,即当患者在患病、悲痛、临终时,为他们提供专业的、整体的情感与精神的支持和帮助,以缓解癌症患者群体来自于疾病、心理、社会、文化等多方面的压力。来自肿瘤本身的痛苦、肿瘤各种治疗的毒副反应;患癌导致的应激反应;无钱就医或因病致贫等经

济问题;以及对癌症患者的歧视等社会文化因素,都可能导致癌症患者在治疗和临终时出现临床常见的紧张、恐惧、抑郁等负面情绪,出现各种心理、精神问题。Pearce 等^[1]的研究显示,98%的住院患者有心灵关怀的需要。为此,临床心灵关怀服务为患者提供灵性照顾、心理辅导,通过各种茶艺、冥想、手工、阅读、心灵日记等治疗方式,在癌症患者无法改变患病以及因其带来的所有后果的时候,舒缓患者的情绪,改善其睡眠和疼痛等,最终达到帮助患者挖掘自身潜力,主动配合临床治疗,积极面对生活,达到提供积极资源、缓解痛苦体验、增强生命活力、提高生活质量的目的。

收稿日期:2016-02-03;修回日期:2016-02-28

基金项目:湖南省科技厅重点科研项目基金(2013ZK2055)

1 资料与方法

1.1 一般资料

随机选取 2013 年 8 月至 2014 年 1 月湖南省肿瘤医院的住院患者 150 例。纳入标准:(1)签署知情同意书者;(2)有明确病理学、细胞学和相关检查的恶性肿瘤患者,初诊住院患者;(3)年龄 18~69 岁;(4)意识清楚;(5)经焦虑自评量表评估有焦虑状态的患者;或经抑郁自评量表评估有抑郁状态的患者。同时排除以下受试者:(1)任何已知精神疾病或记忆功能障碍;(2)具有强烈的自杀意念,曾经发生自杀行为;(3)具有听觉功能障碍。本研究经过湖南省肿瘤医院医学伦理委员会同意。

150 例研究对象中,男性 85 例(56.7%),女性 65 例(43.3%)。文化程度:小学及以下 20 例(13.3%),中学 102 例(68%),大学及以上 26 例(17.4%),其它 2 例(1.3%)。职业上,在职 61 例(41%),非在职 86 例(57%),其它 3 例(2%)。居住状况:127 例与家人同住(85%),3 例独居(2%)。治疗方式上,手术 85 例(57%),化疗 33 例(22%),放疗 5 例(3%),姑息 6 例(4%),其它 21 例(14%)。宗教信仰:佛教 4 例(2.67%),基督教 4 例(2.67%),无 142(94.67%)。

1.2 方法

本研究在临床心灵关怀的前后分别收集受试者的基本信息、睡眠评估、抑郁评估、焦虑评估、希望评估、医学应对方式评估。

1.2.1 心灵关怀方案

共有 5 次干预,每次持续 45min。第一次干预:风雨人生我伴你行。通过关注、倾听等与患者建立辅导关系,沟通了解患者心灵、心理问题,讲解身心健康知识。第二次干预:通过理解和共情,让患者建立健康积极的思想。针对患者住院治疗过程中的各种负面情绪提供情感与精神支持,寻找积极资源,帮助患者积极思考,消除消极思想和无谓杂念,配合医师治疗。第三次干预:爱与释放。通过陪伴与分享,探讨烦恼的根源,宽恕和释放,用爱的实践关注自己,探索心灵的自我成长,面对癌症,认识生死,敬重生命。第四次干预:掌管生命,建立希望。帮助患者认识自己的情绪,如忧虑和感恩等,确认情绪与健康的关系,学习驾驭情绪,建立健康积极的生活计划,分享快乐的事件。第五次干预:树立信心,坚持长久

目标。与癌症患者一起积极面对问题,分步达成自己愿望。其中临床心灵关怀由湖南省肿瘤医院有多年临床实践经验的临床心灵关怀师完成。

1.2.2 评估工具

匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)用来测量患者的睡眠情况。总分范围为 0~21,得分越高,表示睡眠质量越差:0~5 分睡眠质量很好;6~10 分睡眠质量较好;11~15 分睡眠质量一般;16~21 分睡眠质量较差。焦虑自评量表(SAS)用来测量患者的焦虑情况,分数越高,表示焦虑症状越严重:一般焦虑总分低于 50 分为正常,50~60 分为轻度,61~70 分为中度,70 分以上为重度焦虑。使用抑郁自评量表(SDS)评估患者的抑郁水平,中国常模标准分分界值为 53 分,轻度抑郁:53~62 分,中度抑郁:63~72 分,重度抑郁:>72 分。应用 Herth 希望量表测量患者的希望水平。Herth 量表共 12 题,包括 3 方面的内容:对现实与未来的积极态度(temporality and future,简称 T),采取的积极行动(positive readiness and expectance,简称 P),与他人保持亲密的关系(interconnectedness,简称 I);采用非常反对、反对、同意、非常同意分级评分法,总分 12~48 分,其中 12~23 分为低水平,24~35 分为中等水平,36~48 分为高水平。

医学应对问卷用来测量患者的应对模式:共有 19 个条目,分三个维度:“面对”(Confrontation)、“回避”(Avoidance)、“屈服”(Resignation)。“面对”量表分由 1、2、5、10、12、15、16、19 各条目分累计;“回避”量表分由下而上 3、7、8、9、11、14、17 各条目分累计;“屈服”量表分由 4、6、13、18、20 各条目分累计^[2]。

1.3 统计学处理

采用 SPSS 统计学软件进行分析。对患者心灵关怀干预前后的各量表得分比较采用重复测量方差分析, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

临床心灵关怀干预前后 PSQI、SAS、SDS、Herth 量表总分比较,结果显示各量表差异均有统计学意义(见 Table 1)。

医学应对问卷在临床心灵关怀干预前后量表总分比较,三个分量表干预前后得分比较差异均有统计学意义(见 Table 2)。

Table 1 Comparison of pre- and post-intervention scores

Scale	Preintervention	Postintervention	F	P
PSQI	10.507±2.729	7.093±1.926	355.551	0.0003
SAS	55.875±4.931	42.124±5.356	646.024	0.0005
SDS	51.048±5.731	41.812±5.545	663.400	0.0009
Herth	30.293±2.753	34.500±2.430	502.786	0.0001

Table 2 Comparison of pre- and post-intervention Medical Coping Modes Questionnaire(MCMQ) scores

MCMQ	Preintervention	Postintervention	F	P
Confrontation subscale	17.113±2.941	21.747±2.507	331.624	0.0001
Avoidance subscale	15.823±1.933	16.720±2.095	19.417	0.0002
Resignation subscale	13.667±1.779	9.853±1.788	425.987	0.0002

3 讨 论

本研究显示,通过5次心灵关怀干预,被研究者的匹兹堡睡眠质量总分显著减少,焦虑、抑郁总分显著降低。说明心灵关怀能有效缓解患者的焦虑、抑郁情绪,改善患者的睡眠障碍。既往研究中,宋欢^[3]对鼻咽癌放疗患者实施心灵关怀后也发现,心灵关怀能有效降低患者的焦虑、抑郁负性情绪。田明雪等^[4]对癌症患者实施分阶段心灵关怀证实,心灵关怀可减轻癌症患者的焦虑抑郁程度。Gonçalves等^[5]的系统综述也表明心灵干预能缓解压力,改善抑郁情绪。有一部分肿瘤患者存在焦虑、抑郁、睡眠障碍。Brown等^[6]报道癌症患者焦虑的发生率达10%~30%。国内研究发现,癌症患者焦虑发生率为19.2%,抑郁发生率为50.9%^[7]。患者的负性情绪会进一步加剧患者的躯体不适,对家庭关系造成不良影响,因此改善癌症患者的负性情绪意义重大。美国癌症研究所(National Cancer Institute)定义心灵为个人通过宗教或其他方式寻求安宁、目标,与他人的连接感及人生意义。在癌症患者中,心灵困扰很常见^[8],心灵困扰越多,更容易受抑郁情绪的困扰^[1]。临床心灵关怀,即通过非宗教的方式,当患者在患病、悲痛、临终时,为他们提供专业的、整体的情感与精神的支持和帮助,以达到减少或解决患者的心灵困扰,从而改善情绪。心灵关怀在国外应用广泛,可用于缓解大学生群体的心理压力,也可以运用于精神卫生领域,改善创伤后应激障碍、焦虑患者的焦虑症状,更多的是在癌症患者中。

本研究发现临床心灵关怀干预后,被研究者的

希望量表总分显著增加,说明临床心灵关怀可有效提升患者的希望水平。研究表明个人希望水平的高低与其心理发展和健康状况相关,影响着患者的应对方式,可促进患者克服困难,缓解应激状态^[9]。临床心灵关怀通过挖掘患者的积极资源,建立健康积极的生活计划,与癌症患者一起积极面对问题,分步达成自己愿望。从而有效提升患者的希望水平,有助于癌症患者积极面对疾病,应对因患病治疗产生的各类问题。

本研究对象在干预前医学应对问卷中面对、回避、屈服分量表的得分分别为17.113±2.941,15.823±1.933,13.667±1.779。与常模比较,中国常模的医学应对问卷面对、回避、屈服分量表的得分分别为19.48±3.81,14.44±2.97,8.81±3.17^[2]。说明癌症患者较常模更少使用“面对”(P<0.05),更多使用“屈服”(P<0.05)。而既往研究表明“面对”是一种积极应对方式,“回避”似乎是一种积极应对方式,“屈服”是一种消极应对方式^[2]。说明癌症患者的较少运用积极的应对方式。本研究发现心灵关怀能有效提高患者采用面对、回避这两种积极应对方式的可能性,从而使患者在面对应激时,以更积极的方式应对。陈艳等^[10]的研究也发现心灵关怀能减轻妇科癌症术后患者配偶的应激压力^[10]。心灵关怀作为正能量资源,能调整癌症患者面对各种问题的态度和行为,树立信心,以健康的方式应对患病治疗和康复过程中的问题,适应带病生活状态,提高癌症患者生活质量。

综上,本研究发现心灵关怀可改善患者睡眠,降低患者焦虑抑郁水平,提高患者的希望水平,提高患者采用面对、回避应对方式的可能性。因此,建议将心灵关怀运用到肿瘤临床中,为肿瘤患者常规提供临床心灵关怀服务。

参考文献:

- [1] Pearce MJ,Coan AD,Herndon JE,et al. Unmet spiritual care needs impact emotional and spiritual well-being in advanced cancer patients [J]. Supportive Care Cancer, 2012,20(10):2269-2276.
- [2] Wang XD,Jiang CQ,Ma H. Manual of psychological health evaluation scales [J]. China Psychological Health,

- 1999,(13 supplementary):332-335.[汪向东,姜长青,马宏.心理卫生评定量表手册[J].中国心理卫生杂志,1999,(13增刊):332-335.]
- [3] Song H. The effect of spiritual care on negative emotions and life quality in patients with nasopharynx cancer [J]. Chinese General Practice Nursing,2015 (12):1112-1114. [宋欢.鼻咽癌放疗病人实施心灵关怀对其负性情绪及生活质量的影响[J].全科护理,2015(12):1112-1114.]
- [4] Tian MX,Chen Z,Zhao FL,et al. The effect of grading emotional support on negative emotions in patients with cancer [J]. Journal of Nursing Administration,2015,(10):758-760. [田明雪,陈竹,赵凤岭,等.分阶段实施心灵关怀对癌症患者负性情绪的影响[J].护理管理杂志,2015,(10):758-760.]
- [5] Gonçalves JPB,Lucchetti G,Menezes PR,et al. Religious and spiritual interventions in mental health care:a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials[J]. Psychol Med,2015,45(14):2937-2949.
- [6] Brown LF,Kroenke K,Theobald DE,et al. The association of depression and anxiety with health-related quality of life in cancer patients with depression and/or pain [J]. Psychooncology,2010,19(7):734-741.
- [7] Liu JL,Qiu H,Liu DB,et al. Analysis of incidence and affection factors of anxiety and depression of cancer patients [J]. Drug Evaluation,2012,(3):24-28. [刘景丽,邱红,刘东伯,等.癌症患者焦虑抑郁发生率及其影响因素分析[J].药品评价,2012,(3):24-28.]
- [8] Winkelman WD,Lauderdale K,Balboni MJ,et al. The relationship of spiritual concerns to the quality of life of advanced cancer patients:preliminary findings [J]. J Palliat Med,2011,14(9):1022-1028.
- [9] Felder B E. Hope and coping in patients with cancer diagnoses [J]. Cancer Nurs,2004,27(4):320-324.
- [10] Chen Y,Bi J,Tang W,et al. Study on influence of spiritual care on stress pressure,social support and quality of life of gynecological cancer patients' spouses [J]. Chinese Nursing Research,2015,(22):2705-2710. [陈艳,毕珺,唐文,等.心灵关怀对妇科癌症病人配偶应激压力、社会支持及生活质量影响的研究[J].护理研究,2015,(22):2705-2710.]

坚决贯彻执行《发表学术论文“五不准”》规定

为弘扬科学精神,加强科学道德和学风建设,抵制学术不端行为,端正学风,维护风清气正的良好学术生态环境,重申和明确科技人员在发表学术论文过程中的科学道德行为规范,中国科协、教育部、科技部、卫生计生委、中科院、工程院和自然科学基金委共同研究制定并联合下发了《发表学术论文“五不准”》的通知。

(1)不准由“第三方”代写论文。科技工作者应自己完成论文撰写,坚决抵制“第三方”提供论文代写服务。

(2)不准由“第三方”代投论文。科技工作者应学习、掌握学术期刊投稿程序,亲自完成提交论文、回应评审意见的全过程,坚决抵制“第三方”提供论文代投服务。

(3)不准由“第三方”对论文内容进行修改。论文作者委托“第三方”进行论文语言润色,应基于作者完成的论文原稿,且仅限于对语言表达方式的完善,坚决抵制以语言润色的名义修改论文的实质内容。

(4)不准提供虚假同行评议人信息。科技工作者在学术期刊发表论文如需推荐同行评议人,应确保所提供的评议人姓名、联系方式等信息真实可靠,坚决抵制同行评议环节的任何弄虚作假行为。

(5)不准违反论文署名规范。所有论文署名作者应事先审阅并同意署名发表论文,并对论文内容负有知情同意的责任;论文起草人必须事先征求署名作者对论文全文的意见并征得其署名同意。论文署名的每一位作者都必须对论文有实质性学术贡献,坚决抵制无实质性学术贡献者在论文上署名。

希望广大科技工作者、读者和作者,以及本刊编委、审稿专家和有关工作人员都应加强学术道德自律,共同努力,捍卫学术尊严,维护良好学风。