

癌症患者心理痛苦分层管理模式的构建^{*}

唐 玲,皮远萍[△],邓本敏,张照莉,陈月梅(重庆市肿瘤研究所护理部 400030)

【摘要】 目的 探索在医疗资源有限的条件下,对癌症患者住院期间心理痛苦分层评估及干预的可行性,构建癌症患者心理痛苦管理模式。**方法** 运用心理痛苦管理筛查工具对 1 000 例癌症患者住院期间心理痛苦状态进行初步筛查(第 1 层面), ≥ 4 分患者采取抑郁自评量表(SDS)及焦虑自评量表(SAS)进一步评估(第 2 层面),对大于或等于 4 分患者医护人员干预无效者,由心理治疗师或精神专科医师介入,进行专科心理评估诊断(第 3 层面);与之相对应,进行心理痛苦分层干预, < 4 分的患者,由责任护士给予患者教育、情感支持等心理干预,对大于或等于 4 分的患者,由责任护士、科室心理疏导员及主管医师根据患者病情和 SDS、SAS 评估结果,进行针对性和个性化心理干预,当患者心理痛苦大于或等于 4 分,医护人员干预无效者,由心理咨询师进行专业心理干预,必要时由精神卫生专科医师给予药物干预。**结果** 患者入院时心理痛苦程度分值平均为 (2.15 ± 1.23) 分, ≥ 4 分者 83 例,占 8.3%。出院时心理痛苦程度分值平均为 (1.12 ± 0.53) 分, ≥ 4 分者 31 例,占 3.1%。出入院时心理痛苦程度分值差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 通过对癌症患者住院期间心理痛苦评估及干预,初步构建了癌症住院患者心理痛苦的筛查-诊断-干预分层管理模式,为临床提供较为高效、连续、可行的心理痛苦管理方案。

【关键词】 癌症患者; 心理痛苦; 心理痛苦管理筛查工具

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.24.006 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2015)24-3626-03

Establishment of hierarchical management model of psychological distress in cancer patients^{*} TANG Ling, PI Yuan-ping[△], DENG Ben-min, ZHANG Zhao-li, CHEN Yue-mei (Nursing Department, Chongqing Tumor Institute, Chongqing 400030, China)

【Abstract】 Objective To explore the feasibility of hierarchical management model of psychological distress in cancer patients, in order to establish the management model of psychological distress for them, under the condition of limited medical resources. **Methods** A preliminary screening (first level) of the psychological distress situations for 1 000 cancer patients in the hospitals was carried out by using DMSM (Distress Management Screening Measure). Furthermore, for the patients with ≥ 4 scores in DMSM test, SDS and SAS were used to assess their distress status (second level). And for the patients with ≥ 4 scores in DMSM test and invalid intervention, specialist psychological assessment diagnosis would be carried out by psychotherapists or spirit specialists (third level). Hierarchical psychological distress intervention was carried out, according to the scores of DMSM test. The patients with < 4 scores received psychological intervention such as education and feeling supports and so on from the related responsible nurses. For the patients with ≥ 4 scores, the responsible nurses, psychological counseling staffs and the doctors in charge made SDS and SAS evaluation, according to the patients' situation and other factors. For the patients with ≥ 4 scores in DMSM test and invalid intervention, they would have professional psychological intervention by a psychologist, and get drug intervention by mental health specialist, if necessary. **Results** The psychological distress average value of patients on admission was (2.15 ± 1.23) scores, with 83 cases of patients ≥ 4 scores (8.3%). And the psychological distress average value of patients when discharged from hospital was (1.12 ± 0.53) scores, with 31 cases of patients ≥ 4 scores (3.1%). The difference of psychological distress average values when admitted to hospital and discharged from hospital were statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Through the psychological distress evaluation and intervention of cancer patients, the hierarchical management model of the psychological distress for cancer patients (screen-diagnosis-intervention) was primarily established, which provided an effective, continuous and feasible psychological distress management plan for clinical units.

【Key words】 cancer patients; psychological distress; psychological distress management screening measure

目前,癌症已成为严重危害人类生命健康的常见病、多发病,而且每年发病率正逐年上升。根据全国肿瘤登记中心发布的《2012 年中国肿瘤登记年报》显示,我国每年新发肿瘤病例达到 312 万,平均每天每分钟新增 6 例癌症患者。随着癌症诊治水平的进步,癌症的生存率随之提高,患者的社会心理问题也日益引起肿瘤学界的关注。美国国立综合癌症网(NCCN)将癌症患者可能发生的一系列心理问题归纳为癌症相关心理

痛苦,既包括沮丧、担心等正常心理感受,也包括抑郁、焦虑、恐惧等心理障碍,以及抑郁症、焦虑症等严重心理障碍,建议使用心理痛苦管理筛查工具(DMSM)进行心理痛苦程度及其相关因素的筛检,并作为进一步干预的依据^[1]。在加拿大,心理、情绪方面的痛苦状态已成为体温、脉搏、呼吸、血压、疼痛状态之后的第 6 项生命体征^[2]。2007 年美国医学会也将心理干预和照顾纳入护理质量,如今已成为肿瘤护理质量的一个新标准。

^{*} 基金项目:重庆市卫生局科研课题资助项目(2012-2-497)。

作者简介:唐玲,女,本科,副主任护师,主要从事肿瘤临床护理及护理管理。 [△] 通讯作者, E-mail: cqzlyhlb@163.com。

目前心理社会肿瘤学在国内还处于起步阶段,近年来国内学者应用 DMSM 对门诊及住院癌症患者的心理痛苦及相关因素进行了调查研究^[3-4]。本研究依据 NCCN 指南,应用 DMSM 工具对癌症患者住院期间心理痛苦进行初筛,在此基础上,对初筛大于或等于 4 分的患者应用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)进一步明确患者心理状态并进行系统干预,初步构建癌症住院患者心理痛苦筛查-诊断-干预的管理模式,取得了较好的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 对 2014 年 3~6 月在重庆市某三级甲等肿瘤专科医院住院治疗的 1 000 例癌症患者进行调查研究。其中男 541 例,女 459 例;年龄 19~90 岁,平均(54.4±12.46)岁;肺癌 257 例,乳腺癌 120 例,结直肠癌 95 例,宫颈癌 87 例,鼻咽癌 79 例,肝癌 75 例,淋巴瘤 56 例,胃癌 46 例,食管癌 43 例,甲状腺癌 33 例,膀胱癌 26 例,前列腺癌 21 例,卵巢癌 21 例,喉癌 14 例,子宫内膜癌 6 例,胰腺癌 6 例,其他 15 例;肿瘤分期:原位癌 8 例,I 期 96 例,II 期 195 例,III a 期 161 例,III b 期 119 例,IV 期 324 例,未分期 97 例;手术治疗 458 例,化疗 294 例,放疗 95 例,中医及生物等治疗 153 例。调查涵盖肿瘤内科、放疗科、血液肿瘤科、乳腺科、胃肠科、中医科、肝胆科、妇瘤科、胸外科、头颈科、泌尿科、神经外科等 12 个科室。纳入标准:(1)年龄大于或等于 18 岁;(2)经临床或病理组织学诊断为癌症的患者;(3)同意参与此研究。排除标准:(1)语言沟通障碍的患者;(2)精神障碍患者。

1.2 方法

1.2.1 评估工具 (1)DMSM。DMSM 问卷包括 2 个部分:①心理痛苦温度计量表(DT),以 0~10 刻度数字代表心理痛苦程度,0 表示无心理痛苦,10 表示极度心理痛苦。②心理痛苦相关因素调查表(PL),包括实际问题(6 个条目)、交往问题(4 个条目)、情绪问题(9 个条目)、身体问题(20 个条目)及精神宗教信仰问题(1 个条目),共 5 个因子 40 个条目。此工具的信效度在许多国家和地区已经得到验证,中文版本的诊断阈值大于或等于 4 分,且具有一定的跟踪监测能力^[5-6]。本研究应用北京肿瘤医院唐丽丽等翻译并根据我国实际情况修改的版本。(2)SAS。由 Zung 于 1971 年编制,用于评定焦虑患者的主观感受。与汉密尔顿焦虑量表的 Pearson 相关系数为 0.365, Spearman 等级相关系数为 0.341,表明其效度相当高^[7]。(3)SDS。由 Zung 于 1965 年编制,能有效反映抑郁状态的相关症状,用于衡量抑郁状态的轻重程度及其在治疗中的变化。反映抑郁状态的有关症状及其严重程度和变化。

1.2.2 心理痛苦管理组织架构 成立院心理疏导组,由本院精神卫生专家主管护理工作的副院长担任顾问,成员由本院取得心理咨询师资质的医护人员组成,负责制订心理痛苦管理制度及规范、质量评价标准,组织进行评估及干预技能培训、实施心理疏导咨询,开设心理咨询门诊,每季度进行质量评价。

1.2.3 分层管理模式构建

1.2.3.1 分层评估模式 应用 DMSM 对癌症患者住院期间心理状态进行初筛。评估频次:新入院癌症患者(或新确诊患者)24 h 内首次测评,以后每周测评一次,手术、放疗、化疗等特殊治疗前、后加一次测评,病情变化时动态评估,出院前再评估。对 DT≥4 分的患者应用 SDS、SAS 评估工具进行再评估,医护干预效果较差的患者,由心理治疗师及精神专科医师进行诊断性评估。

1.2.3.2 干预模式 (1)建立癌症患者心理干预团队:成员包括医生、护士(责任护士及心理疏导员)、心理咨询师、心理治疗师、精神专科医师等,鼓励患者家属参与;心理干预团队中具有

心理咨询资质人员每周三下午坐诊患者服务中心,进行心理义诊咨询服务。(2)分层干预:DT<4 分的患者由责任护士给予患者教育、情感支持等常规干预,启动患者自我层面调整应对。DT≥4 分者,先由责任护士及科室心理疏导员根据 DT 筛查相关痛苦因素给予分诊,医护协同进行心理干预,如患者身体有问题,重点由医生处理,生活实际问题请家属配合处理等,结合患者不同治疗阶段或方案,如手术、放疗、化疗等心理痛苦相关因素给予有针对性心理干预。DT≥4 分者,医护干预无效,则由心理咨询师根据患者具体情况进行支持性心理治疗、认知疗法、行为疗法、放松训练等个性化专业心理干预。DT≥4 分者焦虑、抑郁程度较重,心理咨询师干预无效的严重心理痛苦,由心理治疗师或精神专科医师再次评估后给予心理治疗,必要时由精神专科医师给予药物治疗。

1.2.4 实施方法

1.2.4.1 评估及干预人员 本课题组组织具有心理治疗及心理咨询师资质的人员为培训师资,对参与研究的科室医护人员进行 DMSM 等评估工具、心理干预技术培训与指导,合格后参与本研究。各科室护士长协助选择科室在心理护理、沟通交流、专科知识等方面有较为丰富经验的护士作为心理疏导员,以确保分层评估的准确性和系统干预的效果。

1.2.4.2 实施过程 参与研究科室责任护士记录一般情况调查表及应用 DMSM 工具初筛,SAS 及 SDS 量表由科室心理疏导组成员参与调查。向患者说明评估工具测试的意义和目的,发放问卷,统一标准指导语,辅导患者正确理解题意,调查量表的内容按照患者的实际情况和自我感受独立完成。视力较差、文化程度较低的患者,由负责的护士阅读来协助患者自主选择。每份问卷经检查确认无漏项后收回,评分登记。

1.3 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计软件包,标本率的比较采用 χ^2 检验,标本均数比较用 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者心理痛苦发生情况及相关因素分析 1 000 例患者入院(确诊)时心理痛苦筛查分值平均为(2.15±1.23)分,无痛苦(0 分)268 例,732 例患者存在不同程度心理痛苦。出院时心理痛苦程度分值平均为(1.12±0.53)分,心理痛苦相关因素中前 3 位分别是担忧(43.58%)、经济问题(32.97%)、疼痛(20.94%)。

2.2 DT≥4 分的患者 SAS、SDS 评分比较 干预前 DT(4.98±1.27)分,干预后 DT(3.74±0.91)分,干预前、后 DT 差异有统计学意义($t=5.99, P=0.000$)。应用 SAS 及 SDS 评估工具调查 58 例,SAS 标准分平均为(51.94±9.45)分,≥50 分 27 例,占 46.55%;SDS 标准分平均为(62.28±12.56)分,≥53 分 42 例,占 72.41%。专科医师会诊确诊抑郁症 8 例,其中肝胆科 3 例,中医科 2 例(1 例有自杀倾向),肿瘤内科 2 例(1 例有自杀倾向),放疗科 1 例。经心理干预及药物治疗后,心理痛苦状态得到有效缓解。

2.3 癌症住院患者 DT≥4 分的患者干预前、后心理痛苦程度比较 本组 1 000 例癌症患者入院时(或确诊时)心理痛苦程度分值平均为(2.15±1.23)分,≥4 分者 83 例,占 8.3%,经分层评估及系统干预后,出院时心理痛苦程度分值平均为(1.12±0.53)分,≥4 分者 31 例,占 3.1%。出、入院时心理痛苦程度分值差异有统计学意义($\chi^2=25.153, P=0.000$)。

3 讨论

3.1 癌症患者心理痛苦分层级评估及干预模式构建的意义 正确的护理对策及心理干预能有效改善癌症患者的心理状况,增强患者的自信心,改善患者的生活质量,而且还能对患者免

疫功能产生良好的促进作用,对患者的康复及预后都有积极意义。目前,临床中常用的评估量表有简要症状目录、症状自评量表、贝克抑郁量表、综合医院焦虑与抑郁量表等,但这些量表有的只针对心理评估的某一个方面,有的条目过于繁琐、耗时、复杂、专业性较高、不适合在繁忙的临床工作中进行快速大量筛查。DMSM 工具简明、护士易操作,可以在有限的卫生资源下对大量患者进行快速筛查,且通过心理问题列表可以了解患者心理痛苦的相关因素,有利于采取针对性干预措施。然而, DMSM 虽直观简便,具有较好的排除能力,但纳入能力略弱,不能作为心理痛苦的诊断工具,需通过与诊断能力高的工具串联以达到提高筛查效率的目的。本研究结合国内外近年的流行病学调查,癌症患者显著心理痛苦问题中发生焦虑和抑郁比例较高的特点,再选用 DMSM 对住院癌症患者的全面筛选。对 $DT \geq 4$ 分的患者,进一步采取临床上使用信效度均较高的 SDS、SAS 量表对患者心理问题进一步评估及诊断,为医护人员、心理咨询师及专科医师有针对性疏导、咨询及用药等处理提供依据。

3.2 建立动态评估及干预机制是癌症患者心理痛苦分层管理有效性的关键 癌症患者心理痛苦管理贯穿在临床诊断、治疗及患者出院后延续护理服务的全过程。文献提示,患者癌症的确诊、放疗和化疗前后、围术期及治疗导致并发症及疾病相关症状加重,得不到有效缓解等环节都将直接导致和强化患者痛苦心理,在这些环节过程中需要进行动态评估患者心理痛苦,及时进行心理干预,防止心理状态恶化影响患者的治疗及生活质量^[8-9]。本研究在癌症确诊、疼痛等症状控制较差、病情加重、放疗和化疗及手术前、情感和社会支持少等关键环节加强了动态评估及干预,针对 $DT \geq 4$ 分的患者,每周评估一次,直至 $DT < 4$ 分。通过对患者住院全程进行动态评估及干预,可以有效减轻患者的心理痛苦,促进患者身心整体康复。有研究还发现,患者出院时心理痛苦相关因素主要是担心出院后疾病是否复发、出现症状如何求医等问题,因此癌症患者从医院回归家庭后仍存在一系列心理问题,需要引起医务人员的高度重视,也为责任护士对出院患者进行随访等延续性护理提出了更大的困难和挑战^[10]。

3.3 构建护士-医生-心理咨询师-心理治疗师-精神专科医师及患者家属共同参与管理的心理干预团队 全方位为癌症患者提供心理援助和情感支持。NCCN 建立了完善的转诊制度,中、重度心理痛苦由心理科或精神科专业人员进行处理,但国内除精神卫生专科医院外心理医师资源有限。因此本研究制订了心理痛苦分层管理模式,首先采取责任护士应用 DMSM 对主管患者进行动态筛查及干预,当患者出现中、重度心理痛苦时,责任护士、科室心理疏导员、医师、患者家属对患者心理问题相关因素进行有针对性的干预,干预无效时,再请心理咨询师会诊,必要时精神专科医师进行药物干预。这样既达到了早发现、早诊断、早治疗的目的,同时又充分利用了有限的心理卫生医疗资源。本组无患者自杀,其中有 7 例患者在住院期间因疼痛、病情加重及患者家庭支持系统等因素发生重度心理痛苦,经科室医护人员干预无效果较差,2 例患者有自杀倾向,进行 SAS 及 SDS 筛查及心理医师会诊后,均诊断为抑郁症,给予心理干预、药物治疗,并加强与患者家属等的沟通、健康教育,为患者提供较好的情感支持,有效避免了严重不良事件发生。

3.4 全面系统的组织管理持续改进分层评估及干预质量 本研究通过组建心理疏导团队,制订心理痛苦管理制度、规范及质量管理标准,使临床心理评估及干预有章可循,同时,每季度

组织对各科室心理痛苦管理质量进行评价,不定期组织教学查房及典型病例讨论、会诊等,促进了心理评估及干预工作的规范运行及管理质量提高。另外,建立了病房沟通室、心理门诊、癌症患者服务中心阳光驿站等多途径沟通形式,为患者心理痛苦缓解提供了较多的时间和空间。

本研究以癌症患者及其心理痛苦为中心,采用中文版 DMSM 工具联合 SAS、SDS 及精神专科医师的专科诊断等分层动态评估管理,建立由护士-医生-心理咨询师-心理治疗师-精神专科医师及患者家属共同参与的心理干预团队,初步构建了癌症患者心理痛苦筛查-诊断-干预的系统管理模式,有效缓解了癌症患者住院期间的心理痛苦,值得临床借鉴。DMSM 作为模拟视觉工具,不适合认知能力较低的人员,如高龄、文化程度低或疾病所致认知能力下降者。另外,在临床调查中发现,仍有不少严重心理痛苦患者选择低分甚至 0 分来掩饰真实的内心感受,因此对这部分患者需要医护人员对患者情绪问题进行更专业的观察及甄别。同时,癌症患者心理痛苦贯穿在临床诊断、治疗及患者出院后延续护理服务的全过程,特别是治疗效果较差、疼痛等症状得不到有效缓解的情况下会加重其痛苦程度。因此对癌症患者心理痛苦的管理是一个复杂系统的工程,下一步研究还需要对疾病类别、分期、治疗因素、患者社会文化背景等对心理痛苦的影响及干预者的专业能力与心理痛苦管理质量控制等进一步实践探索,持续改善患者的负性情绪,提高其生活质量。

参考文献

- [1] Mitchell AJ, Hussain N, Grainger L, et al. Identification of patient-reported distress by clinical nurse specialists in routine oncology practice: a multicentre UK study[J]. *Psychooncology*, 2010, 20(10): 1076-1083.
- [2] Bultz BD, Carlson LE. Emotional distress in patients with cancer: the sixth vital sign-future directions in cancer care [J]. *Psychooncology*, 2006, 15(2): 93-95.
- [3] 张叶宁, 张海伟, 宋丽莉, 等. 心理痛苦温度计在中国癌症患者心理痛苦筛查中的应用[J]. *中国心理卫生杂志*, 2010, 24(12): 897-902.
- [4] 陈静, 刘均娥, 苏娅丽, 等. 住院乳腺癌患者心理痛苦及其相关因素调查[J]. *护理管理杂志*, 2012, 12(3): 158-161.
- [5] 陈静, 刘均娥, 王会颖. 癌症患者心理痛苦筛查工具评价的研究综述[J]. *中华护理杂志*, 2011, 46(6): 624-626.
- [6] Baken DM, Woolley C. Validation of the Distress Thermometer, Impact Thermometer and combinations of these in screening for distress [J]. *Psychooncology*, 2011, 20(6): 609-614.
- [7] 陈翠, 张红静, 江虹, 等. 一般健康问卷(GHQ 28)应用于大学生心理健康研究的信效度检验[J]. *山东大学学报: 医学版*, 2010, 48(3): 159-162.
- [8] 洪乔军, 顾康生. 近期化疗对晚期肿瘤患者心理痛苦和生活质量的影响[J]. *安徽医药*, 2012, 16(9): 1285-1287.
- [9] 王英, 邱玉贞. 心理干预对恶性肿瘤围手术期患者的影响[J]. *中华护理杂志*, 2011, 46(12): 1184-1186.
- [10] 张兰凤, 叶赞, 刘敏杰. 延续性护理在癌症出院患者中的实践研究进展[J]. *中国护理管理*, 2012, 12(11): 91-94.