

· 调查与分析 ·

癌症患者宗教信仰特征及其心理和生活质量影响的调查分析

彭 凌¹, 郑宣情², 蔡福满³

(1. 温州医科大学附属第三医院, 浙江瑞安 325200; 2. 温州医科大学附属第二医院, 浙江温州 325000; 3. 温州医科大学护理学院, 浙江温州 325035)

摘要:目的 分析癌症患者宗教信仰特征及其心理和生活质量的影响。方法 选取某三级乙等综合医院肿瘤病房住院的癌症患者 181 例。采用自制调查表、他评式汉密顿抑郁与焦虑量表及生活质量问卷对患者进行调查及评估。结果 癌症患者中有宗教信仰占 56.91%, 且信仰时间 10 年以上占 53.40%, 但半年内参加宗教活动次数 1 次以内占 50.48%, 患癌后才开始信仰占 20.39%; 有无宗教信仰的两组癌症患者的抑郁和焦虑状况差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 有无宗教信仰癌症患者整体生活质量和症状差异有显著的统计学意义 ($P < 0.01$), 躯体功能、角色功能、情感功能、认知功能和社会功能差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论 癌症患者中具有宗教信仰的比例较多, 宗教信仰对癌症患者的心理无影响, 对躯体功能、角色功能、情感功能、认知功能及社会功能无影响, 但能改善患者的整体生活质量及症状。

关键词:癌症; 宗教信仰; 抑郁; 焦虑; 生活质量 doi:10.3969/j.issn.1671-9875.2018.09.004

Survey and analysis on characteristics of religious belief for cancer patients and its influence on their psychology and quality of life// Peng Ling¹, Zheng Xuanqing², Cai Fuman³ // 1. The Third Affiliated Hospital of Wenzhou Medical University, Rui'an Wenzhou 325200, China; 2. The Second Affiliated Hospital of Wenzhou Medical University, Wenzhou Zhejiang 325000, China; 3. Nursing school of Wenzhou Medical University, Wenzhou Zhejiang 325035, China

Abstract: **Objective** To analyze the characteristics of religious belief for cancer patients and its influence on their psychology and quality of life. **Method** Choose 181 cancer inpatients from tumor wards of a third grade class A general hospital. Investigate and evaluate them by self-designed questionnaire, Hamilton Depression Scale (HAMD) rating by observers and life quality questionnaire. **Result** 56.91% cancer patients have religious belief, among which 53.40% have more than 10 years' belief time. 50.48% of patients with religious belief take part in religious activities less than once in half a year. 20.39% start to have religious belief because of the disease. There is no significant difference on depression and anxiety between patients with or without religious belief ($P > 0.05$). There is significant difference on general quality of life and symptoms between patients with or without religious belief ($P < 0.01$). But there is no significant difference on body function, role function, emotional function, cognitive function and social function between two groups of patients ($P > 0.05$). **Conclusion** There is a high rate of religious belief for cancer patients. Religious belief has no influence on psychology, body function, role function, emotional function, cognitive function and social function, but has influence on their quality of life and symptoms.

Key words: cancer; religious belief; depression; anxiety; quality of life

中图分类号: R473.73

文献标识码: A

文章编号: 1671-9875(2018)09-0015-04

癌症是威胁患者生命的重大应激事件, 根据国家癌症中心 2018 年 2 月发布的最新一期全国癌症统计数据显示, 癌症患者的病死率为 1.09%, 癌症不仅威胁患者的生命, 也给患者心身造成严重

创伤, 降低患者的生活质量^[1]。因此, 提高癌症患者的生命质量, 使其在临终得到安宁和舒适, 逐渐成为了护理工作关注的重要内容。宗教信仰作为一种信奉某种特定宗教的人群对其所信仰的神圣对象(包括特定的教理教义等)由崇拜认同而产生的坚定不移的信念及全身心的皈依, 其与临终关怀具有密切的关系, 早期的临终关怀即起源于西方的宗教文化, 宗教所提倡的博爱、慈悲精神与临终关怀的宗旨是一致的^[2-3]。现有研究认为宗教

作者简介: 彭凌(1970-), 女, 硕士, 主任护师, 护理教研室主任, 现工作单位浙江树人大学。

收稿日期: 2018-04-18

通信作者: 蔡福满, 781258585@qq.com

温州市公益性科技计划项目, 编号: Y20160566

信仰对个体健康的影响具有两面性,一种是产生积极的健康影响,另一种是产生消极的健康影响^[4]。为了更加确切地了解宗教信仰对癌症患者的健康影响,本文对 181 例癌症患者进行问卷调查,分析宗教信仰对癌症患者心理和生活质量的影响,以期为临床癌症患者开展有针对性的护理提供理论依据。现报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 纳入标准:患者肿瘤诊断明确,有远处转移或局部淋巴结转移或侵犯周围器官;患者意识清楚,具有表达能力;患者知情同意参加调查并能积极配合回答问题及填写相关调查表。选取 2016 年 1 月至 4 月在某三级乙等综合医院肿瘤病房住院的符合纳入标准的癌症患者为调查对象。

1.2 调查方法 采用自制的一般情况调查表、生活质量问卷及他评式汉密顿抑郁与焦虑量表对癌症患者进行调查及评估。一般情况调查表内容包括患者性别、年龄、婚姻、文化程度、职业、主要照顾者、保险类型、宗教信仰、性格类型^[5]。生活质量问卷调查表采用欧洲癌症研究与治疗组织(EORTC)生命质量核心量表 QOL-C30(第三版),此量表共 15 个领域 30 条目,包括 5 个功能子量表(躯体、角色、认知、情感和社会功能)、3 个症状子量表(疲劳、疼痛、恶心呕吐)、1 个整体健康状况子量表和 6 个单项条目(气短、失眠、食欲减退、便秘、腹泻、经济困难)。健康自我评价和生活质量自我评价赋值 1~7 分,分值越高说明自我感觉越好;其余各条目评分分为 4 个等级,分别赋值 1~4 分,分值越高说明症状或自我感觉越糟糕。计分规则中明确规定:对于功能领域和总体健康状况领域得分越高说明功能状况和生命质量越好。本研究只测整体、功能、症状 3 个子量表。汉密顿抑郁与焦虑调查表采取 24 项版本,采用 0~4 分 5 级评分法,少数项目评定则为 0~2 分的 3 级评分法。抑郁总分 0~76 分,焦虑总分 0~64 分,分数越高表示抑郁和焦虑越严重。问卷由经过项目培训的护士发放,解释研究目的及填写方法,由患者自行填写,患者不能填写的,由护士采取一问一答的方式协助完成。共发放问卷 181 份,回收有效问卷 181 份,有效回收率为 100%。

1.3 统计学方法 数据使用 Excel 建库管理,采用 SPSS 19.0 统计软件进行分析。计数资料采用频数、率等表示,计量资料采用($\bar{x} \pm s$)描述。所有

数据经正态性分布和方差齐性检验,单因素分析采用 *t* 检验,以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 癌症患者的一般资料 见表 1。

表 1 癌症患者一般资料(n=181)

项目	类别	例数	百分比/%
性 别	男	100	55.25
	女	81	44.75
年 龄	35 岁及以下	2	1.10
	>35~40 岁	5	2.76
	>40~45 岁	14	7.73
	>45~50 岁	22	12.15
	>50~55 岁	24	13.26
	56 岁及以上	114	62.98
婚 姻	已婚	181	100.00
文化程度	大专	6	3.31
	高中	7	3.87
	初中	42	23.20
	小学	53	29.28
职 业	文盲	73	40.33
	个体户	6	3.31
	工人	16	8.84
	农民	11	6.08
	无业	148	81.77
保险类型	农村医保	171	94.48
	农村医保和商业保险	10	5.52
主要照顾者	配偶	135	74.59
	子女	45	24.86
	自理	1	0.55
宗教信仰	有	103	56.91
	无	78	43.09
性格类型	A 型	53	29.28
	B 型	94	51.93
	C 型	25	13.81
	D 型	9	4.97

2.2 有宗教信仰者的宗教信仰情况 见表 2。

表 2 有宗教信仰者的宗教信仰情况(n=103)

项目	类别	例数	百分比/%
信仰类型	佛 教	54	52.43
	基督教	46	44.66
	其 他	3	2.91
信仰期限	>10 年	55	53.40
	5~10 年	20	19.42
	<5 年	28	27.18
信仰活动	≤1 次/半年	52	50.48
	2~3 次/半年	30	29.13
	>3 次/半年	21	20.39
信仰节点	患癌前	82	79.61
	患癌后	21	20.39

2.3 有无宗教信仰患者的抑郁和焦虑情况差异分析 见表 3。

表 3 有无宗教信仰患者的抑郁和焦虑情况差异分析

项目	有宗教信仰 (n=103)	无宗教信仰 (n=78)	t 值	P 值
抑郁评分	14.93±12.51	13.05±8.24	1.151	0.251
焦虑评分	10.20±9.33	8.40±5.48	1.517	0.131

2.4 有无宗教信仰患者的生活质量差异分析 见表 4。

表 4 有无宗教信仰患者的生活质量差异分析

项目	有宗教信仰 (n=103)	无宗教信仰 (n=78)	t 值	P 值
整体健康	58.89±16.18	46.17±16.95	5.131	0.00
躯体功能	60.32±30.17	59.82±26.77	0.116	0.91
角色功能	60.41±28.74	58.83±26.10	0.381	0.70
情感功能	74.11±22.9	74.45±19.03	0.106	0.92
认知功能	71.31±24.29	77.27±18.71	1.800	0.07
社会功能	57.05±27.25	60.60±23.04	0.927	0.36
症状量表	27.60±18.48	37.67±21.38	3.392	0.00

3 讨 论

3.1 调查结果资料分析

3.1.1 癌症患者多数具有宗教信仰但虔诚度不高 本次调查中根据患者有无参与宗教相关活动,判断患者是否具有宗教信仰。调查结果显示癌症患者 56.91%有宗教信仰,占多数,信仰类型以佛教和基督教为主,其中 10 年以上的信仰时间占较高的比例,为 53.40%。这可能与癌症患者以老年人群为主,而老年人相对其他人群信仰时间更长有关。本调查显示 20.39%患者是患癌症后才开始信仰某宗教,这可能与一旦所患的疾病是目前医学技术无法治愈的,人们就会求助于宗教信仰的现实有关^[6],因此也在一定程度上增加了癌症患者宗教信仰的比例。同时,本调查还发现,50.48%患者半年内没有参加过宗教活动或只是参加过一次,这可能是由于大多数患者对宗教信仰具有从众性和功利性,患者的宗教虔诚度不高,对宗教的概念缺乏深入的理解有关^[6]。

3.1.2 宗教信仰对癌症患者的心理影响不明显

本研究结果显示癌症患者的汉密顿抑郁和焦虑评分在宗教信仰变量上不存在差异。一方面,可能是上述分析所认为的癌症患者对宗教虔诚度本

身不高,对宗教的内涵缺乏了解,因此宗教信仰并未对其产生较大影响;另一方面,可能是医疗系统对宗教信仰的支持力度不够,缺少专业人士的正确引导^[7],从而导致患者存在信仰偏差,甚至有些有宗教信仰的患者会认为患病是自己犯错所应当承受的报应^[8],加大了患者的心理负担,因此宗教信仰未必能对患者的抑郁和焦虑等心理状况有缓解作用。

3.1.3 宗教信仰改善癌症患者的整体生活质量及症状 本次调查结果显示,有宗教信仰的癌症患者的整体生活质量相较无宗教信仰者要高,症状反应上较无宗教信仰者低。究其原因,可能是因为具有宗教信仰的人比没有宗教信仰的人对于一些医疗过程的瑕疵具有更大的包容性,能更好地配合医护人员的工作;对于病情变化及一些不良的预后有很好的承受能力,有助于医护人员开展工作,有助于患者对临床工作的满意度提升,有助于患者病情的恢复,从而有助于其生活质量的提高和减少症状反应^[9]。本次调查结果亦显示,宗教信仰对躯体、角色、情感、认知及社会功能等方面无明显影响,这可能是因为生活质量中的角色、情感、认知及社会功能这几个方面受个人的阅历、文化程度、社会环境等多因素影响,在多因素的作用下形成各自的理论体系。

3.2 对临床护理的启示 本次调查结果显示癌症患者具有较强的宗教信仰需求,因此在临床护理工作过程中,护理人员对于癌症患者的宗教需求应给予充分的理解。同时,本次调查结果虽然显示宗教信仰对癌症患者的心理影响不明显,但能改善癌症患者的整体生活质量及症状。同时,本次调查结果亦显示癌症患者往往存在对宗教信仰的虔诚度不高,对宗教的概念缺乏深入的理解,从而影响其宗教信仰对患者的积极作用,因此护理人员有必要对癌症患者的宗教信仰给予积极的引导。

参考文献:

[1] Min JA, Yoon S, Lee CU, et al. Psychological resilience contributes to low emotional distress in cancer patients[J]. Support Care Cancer, 2013, 21(9): 2469-2476.
 [2] 文集, 谢林伸, 樊均明. 宗教心理学在临终关怀中的应用[J]. 医学与哲学, 2012, 33(10A): 29-31.

(下转第 21 页)

显示合著文献 107 篇, 占总发文量的 59.12%, 因而建议未来的研究应增加科室间的合作、跨单位或跨地域的合作, 推进刮痧护理技术的广泛应用。

3.3 文献的期刊分布及基金支持分析 本研究显示, 发文数量排名前列刊物为护理研究、全科护理、医学信息、中国医药指南等, 期刊分布散在, 发文数量皆少, 没有核心期刊, 基金资助论文也不到 20%, 表明护理人员对刮痧法的研究深度不够, 文献质量有待提高, 而且需要各单位给予足够的基金支持, 需进一步探索基础研究、开发性研究, 为护理人员应用刮痧技术提供更大的空间。

3.4 刮痧法的使用和疾病症状分析 本研究显示, 刮痧法单独使用的文献占比 53.04%, 与刮痧法联合其他中医护理技术如拔罐、按摩、针刺、穴位贴敷、耳穴按压的使用占比 (46.96%) 相近, 表明各项中医护理技术的作用是相辅相成的, 联合使用对患者的病症能起到促进作用, 这与杨金生等^[11]的研究一致, 在以后的研究中可以进一步加强联合其他中医护理技术使用的机会, 为患者减轻症状、尽快康复提供支持。从疾病症状分布看, 刮痧法集中应用于各种痛症, 如头痛、肩周炎、颈椎病、腰椎间盘突出、腰肌劳损、关节炎、痛经、术后疼痛等, 与姜荣荣等^[12]的研究结果一致。目前刮痧疗法在养生保健方面取得显著效果, 另外刮痧疗法作为中医特色的非药物疗法之一, 在社区慢性病方面, 不仅具有成本低、效果好等特点, 而且符合当前医改政策方向^[13]。因此在社区普及推广具有较好前景, 可以在社区开展现场实际教学的培训讲座, 作为保健项目让社区居民更好地了解以及应用, 提高社区居民身体保护认知, 为预防或延缓疾病的发生、发展打下良好的基础。

3.5 展望 本研究分析了近 16 年来中国学术期刊全文数据库和万方数据知识服务平台收录的刮

痧应用于临床护理的文献, 显示刮痧法已在全国展开应用, 临床应用研究呈增长态势, 但文献期刊分布广泛, 文献质量不高, 以后工作中需要深入挖掘中医护理技术的使用适应症, 推广无创、疗效肯定的技术项目, 充分发挥中医护理技术在治疗疾病及养生保健方面的独特疗效和优势, 奠定我国中医护理适宜技术的地位。

参考文献:

- [1] 科学技术部, 卫生部, 中医药管理局, 等. 中医药创新发展规划纲要(2006—2020年)[J]. 中医药管理杂志, 2007, 15(4): 225—230.
- [2] 卫生部. 中国护理事业发展规划纲要(2011—2015年)[J]. 中国护理管理, 2012, 12(2): 5—8.
- [3] 国家中医药管理局. 中医药事业发展“十二五”规划(全文)[EB/OL]. (2012-06-07)[2017-03-02]. <http://news.pharmnet.com.cn/news/2012/06/07/360042.html>.
- [4] 马小琴, 周宁, 汪永坚. 熏洗法应用于糖尿病护理的文献计量学分析[J]. 中华现代护理杂志, 2016, 22(31): 4468—4471.
- [5] 张璟, 马小琴. 中药药浴护理技术临床应用的文献计量学研究[J]. 护士进修杂志, 2016, 31(20): 1827—1830.
- [6] 杨晓婷, 马小琴. 中药湿敷法临床护理应用的文献计量学分析[J]. 护士进修杂志, 2017, 32(2): 181—183.
- [7] 任姿涯, 马小琴, 杨晓婷. 灸法在我国临床护理应用的文献计量学分析[J]. 中华护理教育, 2017, 14(6): 433—437.
- [8] 魏丽君, 马小琴. 穴位贴敷临床应用的文献计量研究[J]. 中华现代护理杂志, 2017, 23(11): 1514—1518.
- [9] 陈仁寿, 吉文辉. 浅谈江苏省中医文化历史、现状及保护[J]. 南京中医药大学学报(社会科学版), 2009, 10(1): 29—31.
- [10] 卫生部, 国家中医药管理局. 《综合医院中医临床科室基本标准》[EB/OL]. (2009-03-16). <http://www.satcm.gov.cn/yizhengsi/gongzuodongtai/2018-03-25/6574.html>.
- [11] 杨金生, 王莹莹, 赵美丽, 等. “痧”的基本概念与刮痧的历史沿革[J]. 中国中医基础医学杂志, 2007, 13(2): 104—106.
- [12] 姜荣荣, 徐桂华, 陈华, 等. 从文献计量学角度探刮痧治疗的优势病种[J]. 中医学报, 2014, 5(5): 756—758.
- [13] 李冬莉, 韩爱敏, 孔静, 等. 社区中医护理需求及应用研究进展[J]. 护理实践与研究, 2016, 13(8): 24—25.

(上接第 17 页)

- [3] Boellinghaus I, Jones FW, Hutton J. The role of mindfulness and loving-kindness meditation in cultivating self-compassion and other focused concern in health care professionals[J]. Mindfulness, 2014, 5(2): 129—138.
- [4] 裴孝成, 吕韶钧. 老龄化背景下老年人健康信仰的提出——从宗教信仰的视角分析[J]. 中国老年学杂志, 2017, 37(6): 1551—1554.
- [5] 刘珊珊. 易感性人格及其与疾病关系研究[J]. 医学教育探索, 2008, 7(3): 290—291, 299.

- [6] 刘羽飞, 李春艳, 宋丽君. 宗教信仰在临床实践中患者依从性的研究[J]. 医学与哲学, 2013, 34(1A): 42—43.
- [7] 魏琳. 不同宗教信仰的肿瘤患者特性护理需求现状及对策[J]. 齐鲁护理杂志, 2016, 22(21): 56—58.
- [8] 魏琳, 刘燕飞, 李旬. 宗教特性护理对晚期癌症患者生命质量的影响[J]. 上海护理, 2010, 10(1): 13—17.
- [9] Phelps AC, Maciejewski PK, Nilsson M, et al. Religious coping and use of intensive life-prolonging care near death in patients with advanced cancer[J]. JAMA, 2009, 302(3): 257—258.