

叙事护理对改善脑肿瘤患者负性情绪和生存质量的研究

狄恒丹

南京大学医学院附属鼓楼医院, 江苏南京 210008

摘要:目的 探讨叙事护理对改善脑肿瘤患者负性情绪和生存质量的影响。方法 选取 112 例脑肿瘤患者作为研究对象,按信封法分为对照组和观察组,各 56 例。对照组采用常规心理护理,观察组在对照组基础上给予叙事护理,观察患者干预前后焦虑抑郁自评量表、自评量表、生存质量量表得分情况,并统计患者对护理的满意度。**结果** 两组患者焦虑自评量表、抑郁自评量表及生存质量量表干预前后得分差值比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组满意度高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 叙事护理可缓解脑肿瘤患者焦虑、抑郁的负性情绪,提高其生存质量及满意度。

关键词:脑肿瘤;叙事护理;焦虑;抑郁;生存质量 DOI:10.3969/j.issn.1671-9875.2022.02.007

中图分类号:R473.73

文献标识码:A

文章编号:1671-9875(2022)02-0031-03

目前中枢神经系统肿瘤的发病率呈逐年上升趋势,已成为威胁人类生命健康的难题之一,主要原因是其具有高病死率及高致残率。有研究表明,无论是良性还是恶性肿瘤,随着患者对疾病的深入了解,均会为其带来极大的负性情绪,加重心理负担,从而影响治疗效果^[1]。因此,临床护理人员需及时对患者进行心理护理疏导。叙事护理的概念源于叙事医学,是具备叙事能力的护士对患者提供人道且有效的护理活动,即在护理过程中,护士理解患者表达的思想、体验患者的感受,回应患者的疾苦与困境,体察患者的需求,从而为其提供充满尊重、共情和生机的医疗照护^[2-3]。目前,叙事护理已由理论层面发展到对患者实施护理干预的护理实践,但对于脑肿瘤患者的叙事护理,国内报道较少。本研究对脑肿瘤患者实施常规心理护理+叙事护理,探讨叙事护理对改善脑肿瘤患者负性情绪和生存质量的影响。现报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象

本研究通过南京大学医学院附属鼓楼医院伦理委员会审核(批号:2016-127-01),患者及家属均自愿参与本研究,术前均签署知情同意书。选取在 2018 年 3 月至 2019 年 3 月进入医院神经外科治疗的脑肿瘤患者为研究对象。纳入标准:经影像学检查^[4]诊断为脑部肿瘤;年龄 18~65 周岁;远期生活质量评分(Karnofsky Performance Scale,

KPS)^[5]≥80 分;格拉斯哥昏迷指数 15 分,意识清楚。排除标准:有转移病灶的患者;合并其他恶性疾病、系统性疾病的患者;有精神疾病的患者。符合纳入标准、排除标准的患者 112 例,采用信封法分为对照组和观察组各 56 例。两组患者在性别、年龄、文化程度等方面比较差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较

项 目	对照组 (n=56)	观察组 (n=56)	统计 量值	P 值
性别/例(%)			0.346 ¹⁾	0.556
男	19(33.9)	22(39.3)		
女	37(66.1)	34(60.7)		
年龄/岁	51.9±10.0	51.3±11.8	0.256 ²⁾	0.799
文化程度/例(%)			0.159 ¹⁾	0.690
初中以上	18(32.1)	20(35.7)		
初中及以下	38(67.9)	36(64.3)		
婚姻状况/例(%)			—	>0.999 ³⁾
未婚	1(1.8)	2(3.6)		
已婚	55(98.2)	54(96.4)		
家庭人均月收入/例(%)			0.038 ¹⁾	>0.844
≤3 000 元	21(37.5)	20(35.7)		
>3 000 元	35(62.5)	36(64.3)		
肿瘤类型/例(%)			2.700 ¹⁾	0.440
脑膜瘤	26(46.4)	24(42.9)		
听神经瘤	10(17.9)	13(23.2)		
胶质瘤	15(26.8)	16(28.6)		
其 他	5(8.9)	3(5.4)		

注:1) χ^2 值;2) t 值;3) Fisher 精确检验。

作者简介:狄恒丹(1990—),女,本科,护师。

收稿日期:2021-07-12

1.2 干预方法

1.2.1 对照组

给予常规心理护理。患者入院后,护士向患者进行入院宣教,给予围手术期的床上排便排尿、呼吸功能训练及疾病症状、营养、吞咽功能、偏瘫肢体功能锻炼的指导,同时加强手术前后的心理干预。

1.2.2 观察组

在对照组基础上给予叙事护理。

1.2.2.1 成立叙事护理小组

由心理咨询师 1 人、主管护师 3 人、护师 4 人组成叙事护理小组。心理咨询师负责培训小组成员,培训内容包括神经肿瘤患者心理特点及解决心理问题的技巧等;主管护师负责制定叙事护理计划并进行督查;护师负责叙事护理的实施并收集数据。

1.2.2.2 实施叙事护理

患者入院时,首先收集患者的基本资料,包括性别、年龄、婚姻史、疾病史、生育史、文化程度、家庭及社会背景、兴趣爱好等,做好记录,在收集资料的过程中观察患者的性格特点及爱好,并结合其特点及可能出现的心理问题,预见性地制定叙事护理计划。叙事护理干预时间从患者入院当天开始,术前 1 d、术后 1 d 及术后 3 d 行叙述护理干预,每次干预不少于 30 min,之后保持叙事护理干预每周谈话不少于 2 次,持续至患者出院。每次访谈交流选取私密环境,安排在安静独立的医患沟通室。按照叙事护理的步骤进行外化、解构、改写及鼓励见证。外化:引导患者说出自己内心的想法,交流时保持微笑,并用点头的方式回应患者,让患者尽情诉说,期间不打断、不询问,以真诚的态度认真聆听患者的故事。在遇到患者情绪低落时予以积极、适当的回应,以引导患者尽情诉说,尊重患者,理解患者的经历,鼓励患者更多地讲述自己的想法,让其发泄情绪,帮助患者提炼出严重困扰自身的问题。解构:在此过程中,引导患者回想过往遇到问题时是如何克服的,寻找相似的经历,从中找到解决问题的体验,并分析原因。询问患者其他认识的人有无这样的经历,是否帮助过其他人解决过这样的问题,如“您的亲戚朋友有遇到过这样的问题吗?”“您是如何帮助他们的?”等,通过解构,让患者认识到本身存在的能力,不再消极与孤单,在此过程中,不仅能够给予别人帮助,

还能重温人与人之间的关系。改写:多与患者及家属交谈,了解患者过往的经历,同时,从患者的叙事中努力寻找积极的、正面的事,护士用好奇、平等的态度引导患者说出过往的积极事件,帮助患者找出本身的闪光点。鼓励见证:护士与患者面对面交流、叙事的过程中,给予患者信心与鼓励;并且建立微信群,将脑肿瘤术后恢复良好的患者拉入群聊,做经验分享,鼓励患者建立对抗疾病的信心。

1.3 效果评价

干预前、干预 10 d 后对患者采用焦虑自评量表(Self-Rating Anxiety Scale, SAS)和抑郁自评量表(Self-Rating Depression Scale, SDS)^[6]、生存质量简表^[7]进行评估,并收集出院时患者满意度。

1.3.1 SAS 及 SDS

两个量表均有 20 个条目,采用 1~4 级评分,每个条目得分相加为粗分,粗分乘以 1.25 的整数为标准分。得分越高表明焦虑或抑郁程度越严重。

1.3.2 生存质量简表

该量表包括生理领域、心理领域、社会领域和环境领域,共 26 个条目,每个条目设 1~5 分,粗分范围 26~130 分,转化为标准分 0~100 分,分值越高,表示生活质量越高。

1.3.3 满意度

采用自制的患者对护理工作满意度调查表进行调查。该调查表共 10 个条目,每个条目 1~5 分,总分 50 分,评分结果越高,满意度越高。50 分为很满意,41~49 分为满意,31~40 分为一般,≤30 分为不满意。

1.4 统计学方法

应用 SPSS 25.0 软件进行数据统计分析,计量资料用均数±标准差表示,采用独立样本 *t* 检验进行组间比较;计数资料用例、百分比表示,采用 χ^2 检验进行比较,等级资料采用 Wilcoxon 秩和检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后 SAS 和 SDS 及生存质量简表得分比较

两组患者 SAS 干预前后得分差值、SDS 干预前后得分差值及生存质量简表干预前后得分差值比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组患者干预前后 SAS 和 SDS 及生存质量简表得分比较

项 目	分 类	对照组(n=56)	观察组(n=56)	t 值	P 值
SAS 得分	干预前	59.25±4.72	57.88±4.76	1.535	0.128
	干预后	58.05±4.82	48.80±5.22	9.743	<0.001
	差 值	1.20±0.10	9.08±0.46	-125.267	<0.001
SDS 得分	干预前	62.91±2.98	62.86±2.89	0.096	0.923
	干预后	62.79±2.71	47.25±3.64	25.623	<0.001
	差 值	0.12±0.08	15.61±0.78	-147.835	<0.001
生存质量简表得分	干预前	74.61±3.02	75.15±3.16	-0.925	0.357
	干预后	74.95±2.91	87.18±3.49	20.168	<0.001
	差 值	0.34±0.11	12.03±0.33	-251.487	<0.001

2.2 两组患者满意度比较

观察组满意程度高于对照组,差异有统计学意义(P<0.05),见表 3。

表 3 两组患者满意度比较 例(%)

组 别	例数	满意	一般	不满意
对照组	56	43(76.8)	10(17.9)	3(5.4)
观察组	56	53(94.6)	3(5.4)	0(0.0)
Z 值			-8.935	
P 值			<0.001	

3 讨论

3.1 叙事护理可有效改善脑肿瘤患者焦虑抑郁程度及提高患者生存质量

有研究表明,严重的心理应激可致免疫力下降、内分泌功能失调,不利于疾病的疗效、转归^[8]。肿瘤对患者而言是一个极大的心理负担,会加重患者病情或导致预后较差。叙事护理指患者叙述自己的经历和故事,护士通过倾听患者的心声,从中找出患者存在的问题,加强对患者自身感受的护理,从而缓解患者的焦虑及抑郁情绪,让患者从心理和行为上配合治疗,以正确的态度对待疾病,有利于提高患者对疾病的认识,促进患者身体的康复,提高患者的生活质量。本研究结果显示,两组患者 SAS 干预前后得分差值、SDS 干预前后得分差值及生存质量简表干预前后得分差值比较,差异有统计学意义(P<0.05)。说明叙事护理可有效改善脑肿瘤患者焦虑、抑郁程度及提高患者生存质量。

3.2 叙事护理提高脑肿瘤患者满意度

开展叙事护理可促进护患关系,将其运用到

整个的护理过程中,对改善患者病情转归,建立和谐的护患关系具有积极的正向作用^[9]。叙事护理将人文与医疗护理相结合,改变了护患沟通的方式,当患者感觉被理解时便会产生强烈的满足感,得到心理抚慰,增强对护士的信任与依赖。叙事护理通过多样化的心理干预措施,引导脑肿瘤患者抒发情绪,使患者感受来自医护人员的温暖,从而提高患者对护理工作的满意度。本研究结果显示,观察组患者满意程度高于对照组,差异有统计学意义(P<0.05)。说明叙事护理可以提高脑肿瘤患者的满意度。

参考文献:

[1] 严利,徐支南,李晓霞,等. 心理痛苦温度计用于恶性肿瘤患者的研究[J]. 护理学杂志,2012,27(13):73-75.
 [2] MARINI M G. Evidence-based medicine and narrative medicine:a harmonic couple[M]. Cham, Switzerland: Springer International Publishing,2016:1-7.
 [3] HAIGH C,HARDY P. Tell me a story—a conceptual exploration of storytelling in healthcare education[J]. Nurse Education Today,2011,31(4):408-411.
 [4] 党浩丹,刘长滨,王瑞民,等. 11C-MET PET 结合功能 MRI 多模态影像诊断脑肿瘤的价值[J]. 中华核医学与分子影像杂志,2017,37(9):527-531.
 [5] 韩晓飞. 四肢恶性骨肿瘤保肢治疗的临床疗效分析[D]. 苏州: 苏州大学,2014.
 [6] 汪向东,姜长青,马弘. 心理卫生评定量表手册[M]. 北京:中国心理卫生杂志社出版社,1999:31-35.
 [7] No Authors Listed. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties[J]. Social Science & Medicine, 1998, 46 (12):1569-1585.
 [8] 黄懿亨. 心理应激对免疫功能影响的研究进展[J]. 消费导刊, 2017(2):45,67.
 [9] 赵井芳,孟盈华,褚忠霞,等. 叙事护理对癌症患者志气缺失综合征及生活质量的影响[J]. 中国护理管理,2021,21(3):471-476.