

# 全程沟通结合心理护理对恶性肿瘤介入治疗患者及其家属的影响

丁燕燕

(甘肃省白银市第一人民医院(甘肃省中医药大学第三附属医院) 甘肃白银 730900)

**摘要:**目的:探讨将心理护理运用于恶性肿瘤介入患者中并进行全程沟通的效果。方法:选取本院在2018年10月-2019年10月期间接收的60例进行介入治疗的恶性肿瘤患者进行研究,根据随机数表法分组,即对照组(n=30)与观察组(n=30),分析两组患者及家属生活质量变化情况、相关知识知晓率、心理变化情况。结果:观察组护理后的PF、RP、BP、CH、VT、SF、RE、MH评分分别为(63.31±4.59)分、(57.26±4.83)分、(59.88±3.67)分、(58.22±4.67)分、(64.28±4.08)分、(71.12±5.53)分、(55.30±4.50)分、(70.06±5.17)分,均明显高于对照组的(55.48±4.06)分、(49.83±4.21)分、(51.01±3.27)分、(52.66±4.06)分、(50.16±3.66)分、(56.44±4.85)分、(47.06±4.01)分、(52.42±4.68)分(P<0.05);在相关知识知晓率的对比上,观察组的93.33%明显高于对照组的70.00%(P<0.05);观察组护理后的紧张-焦虑、抑郁-沮丧、愤怒-敌意、疲乏-惰性、困惑-迷茫评分分别为(1.47±0.21)分、(1.89±0.37)分、(1.76±0.35)分、(1.52±0.26)分、(1.46±0.33)分,均较对照组的(2.25±0.38)分、(2.68±0.46)分、(2.81±0.40)分、(2.74±0.39)分、(2.57±0.41)分低(P<0.05)。结论:在实施心理护理与加强全程沟通过程中,能够提升恶性肿瘤介入治疗患者及家属的生活质量,减轻其心理障碍程度,同时提高其对相关知识的认知。

**关键词:**恶性肿瘤;介入治疗;全程沟通;心理护理;生活质量

恶性肿瘤介入治疗主要运用于肝癌、肝转移癌、食道癌、胆管肿瘤等,治疗方法主要有两类,即血管内肿瘤介入治疗与非血管介入治疗,主要将导管输送到肿瘤血管内对患者实施局部药物灌注,以阻断发生肿瘤的血管血供,具有控制肿瘤进展的效果<sup>[1-3]</sup>。在恶性肿瘤介入治疗患者中,多数个人情绪较不稳定,加上认知方面存在偏差,应加强沟通对其进行心理疏导<sup>[4-5]</sup>。鉴于此情况,本文将2018年10月-2019年10月进入本院接受治疗的恶性肿瘤患者作为观察对象,主要探讨在全程沟通过程中加强对恶性肿瘤介入治疗患者心理护理的效果,报告如下。

## 1.资料与方法

### 1.1 一般资料

时间选取2018年10月-2019年10月时间段,将进入本院接受介入治疗的60例恶性肿瘤患者作为研究对象,利用随机数表法分组。对照组与观察组各30例,对照组的年龄在40-70岁之间,平均年龄为(55.26±5.01)岁;病程为1-5年,均值:(2.64±0.37)年;观察组的年龄最小者为41岁,年龄最大者为70岁,中位年龄为(55.39±5.14)岁;病程范围为1-6年,平均病程为(2.78±0.32)年。入选者均具备介入治疗的条件,精神状态良好,个人资料完整;排除存在严重肾功能障碍、合并严重心理疾病等患者。

### 1.2 方法

对照组实施常规护理,包括照常接待患者、引导患者登记住院信息、告知患者相关护理要点、用药护理等。

观察组加强全程沟通与心理护理,介入前沟通:向患者及家属发放调查问卷,了解其生活方式、家庭条件、认知情况、疾病严重性等,以开展知识讲座的方式向其普及关于介入治疗的知识,耐心解答患者及家属的疑问,引导其做好介入前的准备。

介入时沟通:主动与患者沟通,注意态度友好、语气温和,向患者表示同情与尊重,叮嘱患者家属无需在患者面前流露担心、焦

虑等情绪,对患者进行心理暗示,予以其精神支持。

介入后沟通:严密观察患者介入后是否出现恶心、头晕、呕吐、血肿等情况,及时对患者进行安抚,告知患者为正常现象,对于病情未获得控制者,应予以重视,探讨其中的原因,予以患者安慰,鼓励患者不要气馁,帮助其建立治疗自信心,提升其信任感。

### 1.3 观察指标

分别采用SF-36生活质量量表、简式心境状态量表对两组患者及家属护理前后生活质量、心理状态进行评估,前者包括生理功能(PF)、生理职能(RP)、躯体疼痛(BP)、总体健康(CH)、活力(VT)、社会功能(SF)、情感职能(RE)、精神健康(MH)8个维度,评分越高代表生活质量越高;后者选取其中的5个评估维度,即紧张-焦虑、抑郁-沮丧、愤怒-敌意、疲乏-惰性、困惑-迷茫,评分越高代表心理障碍程度越大;同时记录患者及家属对相关知识的知晓情况。

### 1.4 统计学方法

本次研究中,所得数据使用SPSS 22.0统计软件进行分析,符合正态分布的计量资料以“ $\bar{x} \pm s$ ”表示,计数资料以“%”表示,分别采用“t”、“ $\chi^2$ ”进行检验,若结果显示P<0.05说明组间数据差异具有统计学意义,反之则不满足差异条件。

## 2.结果

### 2.1 知识知晓率

观察组与对照组相关知识知晓率分别为93.33%、70.00%,前者明显高于后者( $\chi^2=5.455, P=0.020 < 0.05$ )。

### 2.2 生活质量

护理前两组生活质量评分比较无显著性差异(P>0.05);经过护理后,两组的各项SF-36生活质量量表评分均提高,但观察组显著较高(P<0.05),见表1。

表1 两组SF-36生活质量量表评分比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	n	时间	PF	RP	BP	CH	VT	SF	RE	MH
对照组	30	护理前	41.02±3.01	35.70±3.27	40.11±2.52	44.17±3.19	37.53±2.96	45.02±3.28	32.72±3.19	40.04±3.24
		护理后	55.48±4.06	49.83±4.21	51.01±3.27	52.66±4.06	50.16±3.66	56.44±4.85	47.06±4.01	52.42±4.68

t 值	13.036	10.009	15.621	12.059	9.864	11.077	12.008	15.409	
P 值	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	
观察组 30	护理前	41.08 ± 3.05	35.45 ± 3.22	40.04 ± 2.09	44.05 ± 3.16	37.59 ± 3.03	45.19 ± 3.34	32.57 ± 3.09	40.12 ± 3.25
	护理后	63.31 ± 4.59	57.26 ± 4.83	59.88 ± 3.67	58.22 ± 4.67	64.28 ± 4.08	71.12 ± 5.53	55.30 ± 4.50	70.06 ± 5.17
t 值	20.362	25.089	21.074	18.624	20.154	19.184	16.084	22.521	
P 值	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	
t <sub>护理前组间</sub> 值	0.166	0.237	0.185	0.131	0.243	0.258	0.127	0.159	
P <sub>护理前组间</sub> 值	0.564	0.775	0.317	0.684	0.592	0.826	0.972	0.901	
t <sub>护理后组间</sub> 值	6.489	8.074	5.429	7.002	7.023	6.205	5.033	6.302	
P <sub>护理后组间</sub> 值	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	

2.3 心理状态 组的简式心境状态量表评分均有所下降, 但观察组较对照组低 (P < 0.05), 见表 2。

表 2 两组患者家属心理变化情况比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	n	时间	紧张-焦虑	抑郁-沮丧	愤怒-敌意	疲乏-惰性	困惑-迷茫
对照组 30		护理前	3.56 ± 0.51	3.16 ± 0.52	3.58 ± 0.55	3.46 ± 0.48	3.28 ± 0.47
		护理后	2.25 ± 0.38	2.68 ± 0.46	2.81 ± 0.40	2.74 ± 0.39	2.57 ± 0.41
		t 值	12.067	16.394	15.082	18.783	16.960
		P 值	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
观察组 30		护理前	3.62 ± 0.54	3.23 ± 0.57	3.63 ± 0.52	3.55 ± 0.45	3.36 ± 0.42
		护理后	1.47 ± 0.21	1.89 ± 0.37	1.76 ± 0.35	1.52 ± 0.26	1.46 ± 0.33
		t 值	31.228	35.034	29.895	27.642	33.231
		P 值	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
		t <sub>护理前组间</sub> 值	0.137	0.230	0.159	0.201	0.157
		P <sub>护理前组间</sub> 值	0.928	0.872	0.993	0.905	0.768
		t <sub>护理后组间</sub> 值	10.259	12.883	11.594	10.307	12.924
		P <sub>护理后组间</sub> 值	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

3. 讨论

恶性肿瘤主要包括癌、肉瘤、癌肉瘤, 其中癌主要来源于上皮组织的恶性肿瘤, 肉瘤发生于间叶组织, 癌肉瘤是癌与肉瘤的结合, 临床多建议恶性肿瘤患者接受介入治疗。恶性肿瘤介入治疗是一种微创疗法, 集生物、基因技术、药物治疗等为一体, 通常临床效果显著, 具有较高的安全性<sup>[6-7]</sup>。随着介入疗法在临床中运用频率的增加, 恶性肿瘤介入治疗逐渐受到医院及社会的认可, 但如果护理工作跟不上, 也可能会影响到总体治疗情况, 不利于患者的恢复<sup>[8-9]</sup>。心理护理是利用心理学与技术改变患者消极心理因素的一种干预方式, 在恶性肿瘤介入治疗患者中起重要的作用, 能够使其找到最舒适的身心状态。与此同时, 有必要对其进行全程沟通, 以准确了解患者的需求, 倾听其内心的真实想法, 提高其配合程度<sup>[10]</sup>。由本次研究结果得知, 在进行介入治疗的恶性肿瘤患者中, 进行全程沟通与心理护理对其生活质量与知识知晓率的提高及负面情绪的消除具有促进作用。

综上所述, 在接受介入治疗的恶性肿瘤患者中, 充分利用全程沟通与心理护理的优势有助于其生活质量的提升及心理压力的缓解, 改善其相关知识知晓情况。

参考文献

[1]江静. 研究心理护理对肿瘤介入治疗患者生活质量的影响[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19 (97): 312+315.  
 [2]王宝珠. 全程沟通在恶性肿瘤患者介入治疗护理中的作用[J].

实用临床护理学电子杂志, 2019, 4 (46): 18.

[3]Jimenez-Fonseca P, Lorenzo-Seva U, Ferrando PJ, et al. The mediating role of spirituality( meaning, peace, faith )between psychological distress and mental adjustment in cancer patients[J]. Support Care Cancer, 2018, 26 (5): 1411-1418.  
 [4]郭华. 心理护理对恶性肿瘤介入治疗患者生活质量的干预效果研究[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2019, 7 (31): 153.  
 [5]常喜霞. 分析恶性肿瘤介入化疗患者实施心理护理对患者生活质量的影响[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2019, 4 (39): 20.  
 [6]Starr LT, Ulrich CM, Corey KL, Meghani SH. Associations Among End-of-Life Discussions, Health-Care Utilization, and Costs in Persons With Advanced Cancer: A Systematic Review[J]. Am J Hosp Palliat Care, 2019, 36 (10): 913-926.  
 [7]丁丽丽. 对行介入治疗的妇科恶性肿瘤患者实施全程沟通护理的效果研究[J]. 当代医药论丛, 2016, 14 (16): 132-133.  
 [8]马艳丽, 范勤琴. 全程介入护理在恶性肿瘤伴急性心梗患者经桡动脉行急诊 PCI 治疗中应用及对不良反应、术后康复的影响[J]. 血栓与止血学, 2020, 26 (06): 979-981.  
 [9]沈琳, 闫航航. 综合性护理措施在恶性肿瘤患者介入治疗中的应用效果[J]. 河南医学研究, 2019, 28 (23): 4356-4357.  
 [10]李红杰, 王艳红, 刘佳. 全程沟通结合心理护理对恶性肿瘤介入治疗患者及其家属的影响[J]. 当代医学, 2015, 21(29): 114-115.