

前列腺癌患者术后罗伊-纽曼综合模式心理护理的效果观察及 SAS、SDS 评分影响评价

梁蝶 虞瑰^{通讯作者}

(四川省医学科学院·四川省人民医院 四川 成都 610072)

摘要:目的:探讨前列腺癌患者术后罗伊-纽曼综合模式心理护理的效果观察及不良情绪评分影响。方法:随机将 2019 年 1 月-2021 年 12 月在本院接受治疗的 120 例前列腺癌患者分为对照组(常规护理)与观察组(罗伊-纽曼综合模式心理护理),每组各 60 例,观察两组患者的心理状态、应激反应、生活质量和满意率。结果:与对照组比较,观察组心理状态评分、Cor、A-II、CRP 水平显著更低,生活质量评分和满意率显著更高($P < 0.05$)。结论:对前列腺癌患者开展罗伊-纽曼综合模式心理护理,不仅能改善患者的心理状态和应激状态,而且还能提高其生活质量和满意率。
关键词:前列腺癌;罗伊-纽曼综合模式;心理护理;不良情绪

前列腺癌是男性生殖系统多发的恶性肿瘤之一,在国内和国外均具有较高的发病率和死亡率,且多呈现出逐年上升的趋势^[1]。现阶段临床主要在发病早期对其开展前列腺切除术,其治疗效果较为显著,但由于手术治疗属于有创疗法,术后患者极易因出现应激反应,从而延长其恢复速度,一定程度上影响了患者的心理状态^[2]。因此,临床还需在对这类患者开展手术治疗后,加强对患者的护理干预,缓解患者的不良情绪,减轻其应激反应,才能促使患者恢复^[3]。基于此,本文就前列腺癌患者术后罗伊-纽曼综合模式心理护理的效果观察及不良情绪的影响进行分析,报告如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

研究对象选择(120例),入院起始时间为2019年1月,终止时间为2021年12月,根据随机数字表法对其进行分组(对照组、观察组),两组均为60例。纳入标准:符合前列腺切除术适应症;Gleason评分 ≥ 6 分;病理检查确诊为前列腺癌;血清睾酮达去势水平($< 50\text{ng/dl}$);血清前列腺特异性抗原持续 $\geq 4\mu\text{g/L}$;自愿参与且已签署知情同意书的患者。排除标准:合并代谢性疾病者;凝血功能异常者;肝肾功能障碍者;基线中性粒细胞计数 $< 1.5 \times 10^9/L$;合并严重精神疾病,且认知功能存在障碍者;合并免疫学疾病者。本次研究已获得医院伦理委员会批准。参与研究者比较差异不显著($P > 0.05$),见表1。

表1 基本资料对比($\bar{x} \pm s$)

组别	n	年龄(岁)	Gleason 评分(分)	病程(年)
对照组	60	60.54 ± 4.65	8.14 ± 1.11	7.84 ± 1.12
观察组	60	60.38 ± 4.78	8.16 ± 1.12	7.89 ± 1.13
t值	-	0.011	0.003	0.049
P值	-	0.989	0.997	0.952

1.2 方法

对照组:对患者开展健康宣教、生命体征监测以及环境护理等常规护理干预。

观察组:开展罗伊-纽曼综合模式心理护理。(1)根据罗伊适应模式进行一级评估和二级评估,一级评估内容包括生理方面、自我概念、相互依赖和角色功能;二级评估内容包括主要刺激、相关刺激和固有刺激。(2)根据评估结果为患者制定针对性的护理干预方案、目标及对各种适应性和刺激所采取的针对性干预。(3)护理实施:①健康指导:嘱咐患者每日饮水量保持在3000ml以上,术后1~3个月禁止剧烈运动,禁止性生活。同时嘱咐患者多食用水果蔬菜。

②心理护理:手术结束0~1h内主动与患者进行沟通交流,询问患者身体状态,并对患者的心理状态进行评估,根据评估结果加

强对患者的心理疏导,消除其不良情绪,稳定其心理状态;4~6h后鼓励患者下床活动,并通过播放音乐或想象疗法转移患者的注意力。③日常护理:术后3~5d使用生理盐水无菌环境下反复冲洗膀胱,避免患者引发泌尿系统感染、引流管阻塞或出血等并发症。出院前嘱咐患者保持个人卫生,出院后定期进行电话、微信或上门随访,观察患者病情变化情况。

1.3 观察指标

(1)选择焦虑(Self-Rating Anxiety Scale, SAS)、抑郁(Self-rating Depression Scale, SDS)自评量表评估两组心理状态,分值均为100分,前者 ≥ 50 分表示焦虑;后者 ≥ 53 分表示抑郁,分数越高心理状态越差^[4]。(2)分别在两组患者护理前和护理1个月后采集其3ml肘静脉血,离心(3000r/min, 10min)取上清液,采用化学发光法检测皮质醇(Cortisol, Cor);采用血管紧张素酶联免疫法检测血管紧张素II(Angiotensin-converting enzyme, A-II);采用酶联免疫吸附法检测C反应蛋白(C-reactionprotein, CRP)。仪器均选择贝克曼库尔特 AU5800全自动生化分析仪。(3)选择健康调查简表(SF-36)量表评估两组生活质量,主要评估其生理功能、生理职能、躯体疼痛、总体健康、活力、社会功能、情感职能和精神健康,满分100分,分数越高越好^[5]。(4)采用我院自制的护理满意度调查表,对两组患者的护理满意度进行调查,该调查表的调查维度主要包括个体化护理、服务态度、技术水平、查对、护士仪表以及病房环境,分值为100分,90及以上表示非常满意;90分(不含90分)以下,70分及以上表示基本满意;70分以下(不含70分)表示不满意^[6]。总满意率=(非常满意例+一般满意例)÷总例数×100%。

1.4 统计学方法

采用SPSS22.0统计学软件对此次研究数据进行分析,使用t检验计量资料($\bar{x} \pm s$),行 χ^2 检验计数资料(%),若检验结果为 $P < 0.05$ 则差异具有统计学意义。

2. 结果

2.1 心理状态

心理状态评分比较,两组护理前无显著差异($P > 0.05$);护理后两组均低于护理前,且观察组均低于对照组($P < 0.05$),见表2。

表2 心理状态评分对比($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	SAS		SDS	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照	6	47.65 ± 4.26	25.64 ± 3.21	48.55 ± 5.36	28.64 ± 3.26
观察	6	47.41 ± 4.31	15.65 ± 2.12	48.61 ± 5.28	17.65 ± 2.54
t值	-	0.217	14.224	0.044	14.565
P值	-	0.829	0.000	0.965	0.000

2.2 应激反应

护理前两组患者应激指标水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。护理后观察组应激指标水平相比如对照组明显更低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。
表 3 两组患者应激指标水平对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	Cor (noml/L)		A-II (pg/ml)		CRP (noml/L)	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	60	495.25 ± 20.35	426.54 ± 10.25	59.35 ± 5.24	45.69 ± 3.24	555.34 ± 20.45	436.25 ± 15.24
观察组	60	498.26 ± 20.45	406.25 ± 10.24	59.31 ± 5.12	42.35 ± 3.32	553.24 ± 20.84	410.21 ± 15.26
t 值	-	0.808	10.848	0.042	5.577	0.557	9.353
P 值	-	0.421	0.000	0.966	0.000	0.579	0.000

2.3 生活质量

护理前两组生活质量各指标评分均无显著差异 ($P > 0.05$); 护理后各指标评分均显著高于护理前, 且观察组显著高于对照组 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 4 生活质量评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

生活质量	护理前 (n=60)		t 值	P 值	护理后 (n=60)		t 值	P 值
	对照组	观察组			对照组	观察组		
生理功能	57.54 ± 6.38	57.64 ± 6.12	0.062	0.951	78.64 ± 6.35	86.58 ± 6.34	4.847	0.000
躯体疼痛	57.64 ± 6.54	57.13 ± 6.28	0.308	0.759	78.62 ± 6.32	86.54 ± 6.34	4.846	0.000
生理职能	57.15 ± 6.31	57.16 ± 6.84	0.006	0.995	78.16 ± 6.21	86.94 ± 6.33	5.423	0.000
总体健康	57.94 ± 6.26	57.16 ± 6.23	0.484	0.630	78.25 ± 6.34	86.41 ± 6.13	5.068	0.000
活力	58.45 ± 6.18	58.13 ± 6.21	0.200	0.842	79.58 ± 6.11	87.52 ± 6.54	4.859	0.000
社会功能	58.64 ± 6.13	58.14 ± 6.45	0.308	0.759	79.84 ± 6.54	87.16 ± 6.54	4.335	0.000
情感职能	57.64 ± 6.15	57.22 ± 6.25	0.262	0.794	78.94 ± 6.25	86.54 ± 6.55	4.598	0.000
精神健康	57.46 ± 6.28	57.16 ± 6.38	0.184	0.855	78.16 ± 6.35	86.74 ± 6.28	5.262	0.000

2.4 满意率

与对照组相比, 观察组患者的总满意率更高, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 5。

表 5 两组患者护理满意率对比 [n (%)]

组别	n	非常满意	基本满意	不满意	总满意率
对照组	60	30 (50.00)	21 (35.00)	9 (15.00)	51 (85.00)
观察组	60	33 (55.00)	25 (41.67)	2 (3.33)	58 (96.67)
χ^2 值	-	-	-	-	4.904
P 值	-	-	-	-	0.027

3. 讨论

前列腺切除术作为目前治疗早期前列腺癌的主要方法, 对患者造成的痛苦较小, 治疗效果较为显著, 但术后患者极易出现勃起功能障碍、性欲下降等不良反应, 对其心理影响较大, 极易导致患者出现不配合治疗的情况, 从而延长其恢复时间, 因此还需在术后加强护理干预, 缓解其心理状态, 才能促使其恢复^[6]。但常规护理内容较为片面, 未针对患者心理进行护理干预, 整体作用有限。

罗伊-纽曼综合模式心理护理主要将人作为由输入、控制、效应器、输出和反馈组成的整体性适应系统, 在护理过程中通过操作不同刺激的方式促使患者改善其适应方式, 可有效增强其生理、角色功能等多方面的适应性^[7]。此外, 在调节患者情绪模式和应激对应模式的前提条件下, 根据其心理状态及心理问题进行针对性的护理干预, 可在一定程度上消除患者的不良情绪, 从而减轻患者的应激反应, 达到提高其生活质量的目的, 有助于进一步提升患者的护理满意率^[8]。此次研究发现, 观察组患者护理后其 SAS、SDS 评分显著比对照组低 ($P < 0.05$)。由此可见, 加强对前列腺癌患者的罗伊-纽曼综合模式心理护理干预, 有助于缓解患者的不良心理状态。本文研究结果显示, 护理后观察组患者 Cor、A-II、CRP 水平均低于对照组 ($P < 0.05$)。结果表明, 于前列腺癌术后开展罗伊-纽曼综合模式心理护理干预, 可在一定程度上降低患者的应激反应。本文研究结果还显示, 护理后观察组与对照组比较, 其生活质量评分和护理满意率显著更高 ($P < 0.05$)。结果表明, 通过罗伊-纽曼综合模式心理护理干预的方式, 可在一定程度上改善前列腺癌患者的生活质量, 进而达到提高其护理满意率的目的。

综上所述, 针对接受手术治疗的前列腺癌患者, 对其开展罗伊-

纽曼综合模式心理护理干预, 一方面能够稳定患者的心理状态, 减轻其应激反应, 另一方面还能改善患者的生活质量, 有助于进一步提高患者对护理的满意率。

参考文献:

- [1] 张金鑫, 包乾录. 前列腺癌患者术后罗伊-纽曼综合模式心理护理干预效果评价[J]. 科学养生, 2022, 25(2): 117-118.
- [2] 杜丽娜, 赵柯, 张武合, 等. 心理干预对晚期前列腺癌药物去势治疗患者情绪和生活质量影响的研究[J]. 空军医学杂志, 2021, 37(2): 152-155.
- [3] 任莉, 刘佳. 多方位康复护理模式对前列腺癌术后患者心理状态及负性认知的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2020, 5(21): 170-171, 178.
- [4] 涂海燕, 阳利, 王葵, 等. 认知行为干预对晚期前列腺癌去势手术后合并焦虑抑郁情绪患者的效果评价[J]. 中国性科学, 2020, 29(7): 118-122.
- [5] 柴小艳, 杨维, 柴丽芳. 颅内动脉瘤介入手术患者围手术期实施罗伊-纽曼综合模式护理干预的效果观察[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2020, 27(1): 79-81.
- [6] 李苗辉, 黄莉. 团体认知干预联合个性化营养护理对前列腺癌手术患者的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2020, 26(4): 24-26.
- [7] 韩艳姣. 探讨团体认知干预联合个性化营养护理对前列腺癌手术患者的影响[J]. 科学养生, 2021, 24(16): 93.
- [8] 王杰. 心理护理对直肠癌术后患者的效果观察及 SAS、SDS 评分影响分析[J]. 黑龙江中医药, 2021, 50(4): 367-368.