

喉癌患者焦虑、抑郁情绪及其参与临床决策的状况分析

庄丽萍,许玉,柯水燕,陈千红

(中国人民解放军第180医院耳鼻喉科,福建泉州,362000)

[摘要] **目的** 了解喉癌患者焦虑、抑郁情绪及其参与临床决策的情况,为临床制订良好的临床决策提供理论依据。**方法** 采用决策参与量表(control preferences scale,CPS)和焦虑自评量表(self-rating anxiety scale,SAS)和抑郁自评量表(self-rating depression scale,SDS)调查82例喉癌患者焦虑抑郁程度及其参与临床决策情况。**结果** 喉癌患者参与临床决策被动型(40.24%)和家属全权代表型(29.27%),其次为合作型(20.73%),主动型较少,占9.76%;喉癌患者47.56%伴有焦虑症状,64.63%伴有抑郁症状,抑郁喉癌患者较被动参与临床决策,而焦虑患者较主动。**结论** 喉癌患者在临床决策过程中处于被动地位,大多伴有焦虑、抑郁症状,焦虑、抑郁情绪影响其参与临床决策的程度,应加强医患沟通,消除其不良心理情绪,有利于制订满意的临床决策。

[关键词] 喉癌;临床决策;焦虑;抑郁

[中图分类号] R473.73 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1671-8283(2017)02-0022-05 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2017.02.006

Status of anxiety and depression on clinical decision-making participation of laryngeal cancer patients

Zhuang Liping, Xu Yu, Ke Shuiyan, Cheng Qianhong//Modern Clinical Nursing.-2017,16(2):22.

(ENT Department, No. 180 Hospital of PLA, Quanzhou, 362000, China)

[Abstract] **Objective** To study the status of anxiety and depression on clinical decision-making participation of laryngeal cancer patients. **Methods** A total of 82 laryngeal cancer patients participated in the investigation by questionnaire to study the clinical decision-making participation by control preferences scale. The degree of anxiety and depression was investigated by self-rating anxiety scale and self-rating depression scale. **Results** During the clinical decision-making process, 40.24% of the patients were passive, 29.27% had their families as absolute representatives, 20.73% took part collaborating with their families and only 9.76% were active. 47.56% had anxiety and 64.63% depression, and the anxiety and depression influenced their participation in clinical decision-making positively and passively relatively. **Conclusions** Patients with laryngeal cancer are passive in clinical decision-making and most of them have anxiety and depression. Doctors should enhance the communication with patients, which can help to eliminate adverse psychological emotions and make satisfying clinical decision-making.

[Key words] laryngeal cancer; clinical decision-making; anxiety; depression

临床决策(clinical decision making, CDM)是指在疾病诊疗过程中,医生和患者共同交流疾病相关信息,寻找最适合的治疗方案,制订最终的医疗决策,使患者获得满意的临床疗效和生存转归^[1]。随着传统医学向社会生理心理模式转变,以人为本的理念已深入人心,以患者为中心的观念被广泛接受,要求患者参与到决策中来,在临床决策实践过程中合作型模式已演变为主流模式^[2]。患者参与临床决策可以减轻其焦虑、抑郁的程度,

调动其主动治疗的积极性和依从性,使其疾病得到更好的康复^[3-4]。喉癌的发生率和病死率有逐年上升趋势,其发病率约占全身恶性肿瘤的5.7%~7.6%^[5]。喉癌治疗手段多样化,喉癌患者在治疗中面临着更多临床决策的问题。癌症作为一种应激源,可引发一系列心理问题,如焦虑、抑郁等,癌症患者中约有90%以上存在心理问题,喉癌患者产生焦虑、抑郁症的发病率高达40%左右^[6]。笔者2014年10月至2016年4月通过探讨喉癌患者焦虑、抑郁对患者参与临床决策的影响,为喉癌患者护理和治疗方向提供依据,现将方法和结果报道如下。

[收稿日期] 2016-11-11

[作者简介] 庄丽萍(1976-),女,福建泉州人,护士长,主管护师,本科,主要从事耳鼻喉护理工作。

1 资料与方法

1.1 研究对象

2014年10月至2016年4月采用便利抽样方法选择本院耳鼻咽喉科行喉癌手术的82例住院患者为研究对象。其中,男73例,女9例,年龄39~81岁,平均 (58.24 ± 6.37) 岁;文化程度小学及以下25例,初中33例,高中及中专10例,大专及以上14例;临床分期Ⅰ期31例,Ⅱ期16例,Ⅲ期22例,Ⅳ期13例;全喉切除35例,部分喉切除47例。纳入标准:首次经病理确诊为喉部恶性肿瘤且接受手术治疗,意识清楚,能听懂普通话及进行正常交流。排除标准:喉癌复发者、沟通困难、有认知障碍的精神或神经疾病者。本研究已通过本院伦理委员会审定,研究对象均签署知情同意书,自愿参与本次调查。

1.2 调查工具

1.2.1 决策参与量表 采用决策参与量表(control preferences scale, CPS)^[7]调查喉癌患者参与临床决策的意愿,CPS是加拿大教授 Degner 在1992年设计的,后由我国学者徐小琳译成中文版,且证实CPS在人群中应用具有良好的信度和效度^[8]。CPS量表包括5个选项,A我完全根据自己的意愿做出决策;B我根据自己的意愿做出的决策,且较少听取于医生提出的意见;C我做出的决策是与医生共同商讨后制订的;D我根据自己的意愿做出的决策,但较多听取于医生提出的意见;E我完全听取医生的意见做出的决定。患者根据自己的临床决策中实际参与程度进行选择,选择A或B为主动型,选择C为合作型,选择D或E为被动型。根据我国临床工作实际情况,本研究在CPS基础上增加了家属全权代表型,即完全由家属参与临床决策过程,患者不参与。

1.2.2 焦虑和抑郁自评量表 采用由 Zung 编制^[9]的焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)和抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)分别评估患者的术前1周内的焦虑、抑郁程度,SAS、SDS中文版均已证实具有较好的信度和效度^[10]。SAS包括20个条目,包括患者主观感受和生理表现,每个条目采用1~4级评分法,其中15个正向评分,5

个反向评分,按总分50~59分、60~69分、69分以上分别视为轻度、中度、重度焦虑。SDS包括20个条目,分为4部分:①精神运动性障碍(2个条目);②精神性情感症状(2个条目);③抑郁的心理障碍(8个条目);④躯体性障碍(8个条目),测评所得粗分乘以1.25为总分,按总分53~62分、63~72分、72分以上分别视为轻度、中度、重度抑郁。

1.3 调查方法

调查员均为本科室具有丰富临床经验的护士,经过统一培训后进行调查。采用统一的调查表,于出院前3d内对喉癌术后患者进行问卷调查,调查前向患者说明本次调查的目的及意义,患者根据自己的真实情况填写问卷调查表,每份调查表完成时间控制在15~20min,填写完成后当场回收问卷,核实有无漏填或错填,对有问题的问卷予以剔除。本研究共发放问卷调查表87例,收回有效问卷82例,有效回收率为94.25%。

1.4 统计学方法

采用EpiData 3.0软件建立数据库,采用双人双录,采用SPSS 22.0软件进行统计分析。计数资料以例数、百分比表示,计量资料用均数 \pm 标准差表示,组间比较采用 χ^2 检验,采用用双侧统计检验方法。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 喉癌患者参与临床决策的程度

喉癌患者在手术治疗临床决策中主动型为8例(9.76%),合作型为17例(20.73%),被动型为33例(40.24%),家属全权代表型24例(29.27%)。

2.2 喉癌患者 SAS、SDS 评分相关情况

喉癌患者 SAS 得分 (61.48 ± 9.25) 分,其中阳性39例,阴性43例,焦虑发病率为47.56%,轻度焦虑26例(66.67%),中度焦虑11例(28.21%),重度焦虑2例(5.12%);喉癌患者 SDS 得分 (58.72 ± 11.46) 分,其中阳性53例,阴性29例,抑郁发病率为64.63%,轻度抑郁21例(39.62%),中度抑郁26例(49.06%),重度抑郁6例(11.32%)。

2.3 焦虑、抑郁阴性与阳性喉癌患者参与临床决策的情况

焦虑、抑郁阴性与阳性喉癌患者参与临床决策

的情况见表1,表2。由表1可见,焦虑情绪喉癌患者参与临床决策较主动(均 $P<0.05$)。由表2可见,抑郁情绪喉癌患者参与临床决策较被动(均 $P<0.05$)。

表1 焦虑阳性与阴性喉癌患者参与临床决策的情况
($n=82$;%)

组别	n	主动型	合作型	被动型	家属代表型
SAS 阳性患者	39	6(75.00)	12(70.59)	9(27.27)	11(45.83)
SAS 阴性患者	43	2(25.00)	5(29.41)	24(72.27)	13(54.17)
χ^2		-13.873	-8.543	-15.672	-4.715
P		0.007	0.011	0.001	0.034

表2 抑郁阳性与阴性患者喉癌参与临床决策的情况
($n=82$;%)

组别	n	主动型	合作型	被动型	家属代表型
SDS 阳性患者	53	3(37.50)	4(23.53)	25(75.76)	21(87.50)
SDS 阴性患者	29	5(62.50)	13(76.47)	8(24.24)	3(12.50)
χ^2		6.365	10.246	7.536	13.488
P		0.047	0.028	0.039	0.015

3 讨论

3.1 喉癌患者在临床决策过程中处于被动地位

本研究结果显示,喉癌患者在手术治疗临床决策中,主要表现为被动型(40.24%)和家属全权代表型(29.27%),其次为合作型(20.73%),主动型较少,仅占9.76%,说明大多数喉癌患者在治疗过程中参与临床决策处于被动地位,临床的决策制订主要以患者家属及医生的意愿为主,患者较少参与决策过程,与国内相关文献报道一致^[11]。其原因可能有:①由于中国传统文化的影响,当患者患有恶性肿瘤疾病时,家属为避免患者身心健康受到进一步打击,减轻心理负担,特别是女性和老年患者,往往倾向于隐瞒病情,家属要求医生对不要告知患者实情,剥夺了患者的自主权和知情权,治疗过程中的决策权由家属代理,患者的角色处于被动地位;②由于现代医学技术的飞速发展和医学知识的内在复杂性,喉癌的治疗手段多样化,患者通过医生或亲戚朋友及互联网了解喉癌的治疗方

法,但也是只知片面,不能全面掌握,全脑一团雾水,最后患者往往倾向听从医生的意见,不能根据自己的意愿进行决策;③由于目前我国大多数临床医生工作量巨大,事物繁忙,与患者进行沟通的时间甚少,导致医生不能悉心的与患者讨论疾病的治疗方式、各种治疗方案的利弊,医生作为权威只会在最终决策时才会让患者参与其中,使患者参与到临床决策的机会较小,在最终的临床决策中处于从属地位。当前,共同决策模式已成为临床决策的主流模式^[12],医患共同参与手术治疗决策,能使患者积极配合治疗,建议和谐的医患关系,有利于术后疾病的愈合,使疾病朝着健康的发展方向^[13],因此,医务人员应重视与患者沟通,尊重患者的知情权与自主权,尽可能让患者参与到临床决策中来,尽量考虑患者的决策意愿,改善疾病的转归,从而切实保障患者的利益。

3.2 喉癌患者大多有焦虑、抑郁症状

本研究结果显示,82例喉癌患者焦虑发生率为47.56%;抑郁发生率为64.63%。关于肿瘤患者焦虑抑郁情绪障碍的文献报道不一致,低于本研究,李君等^[14]研究显示,146例恶性肿瘤患者的焦虑、抑郁发生率分别为28.1%、58.9%;陆敏等^[15]研究83例癌症患者发现其焦虑、抑郁症状的发生率分别为48%、45%。喉癌易产生焦虑抑郁情绪的原因有:①多数患者来说往往谈癌色变,认为肿瘤为不治之症,对肿瘤存有恐惧心理,而目前手术为喉癌的主要治疗方式,由于手术的具有不确定性,存在一定程度的风险,易患者对手术产生顾虑,害怕手术失败,甚至可能危及生命,喉癌术后又会给患者造成生理功能和社会功能下降,如不能发音、吞咽受限、形象受到损伤、社交能力下降,易产生强烈的心理应激,出现负性情绪,导致患者产生焦虑抑郁不良情绪^[16]。②喉癌多数患者为中老年男性,为家庭中流砥柱,手术引起劳动能力下降,甚至引起失业,术后长期需家人照顾,认为自己成为家庭累赘,给家庭增加负担,影响正常的家庭生活,给患者增加很大的心理负担及负罪感,致使其出现失眠、焦虑及抑郁等情绪^[17]。③目前,虽然医保制度已经基本覆盖全民,但多数医保为农合医保,多数收费项目需要自费,报销比例少,肿瘤患者住院

治疗总费用均较高,因此患者个人仍需承担较高费用,给患者的庭带来沉重的经济负担,导致其思想压力较大,焦虑抑郁情绪更加明显。因此,在临床工作中重视喉癌患者的心理反应,加强心理健康教育,医护人员多与患者进行沟通,倾听患者的诉求,消除其心理顾虑,同时,家属也应该给予患者更多的关爱与鼓励,增强其自信心,使其积极参与到治疗中来,有利于疾病预后。

3.3 焦虑、抑郁情绪喉癌患者参与临床决策情况分析

焦虑是机体面临潜在性危害时产生的一种的防御反应,可导致负面情绪产生,如紧张不安、恐惧、害怕等不适心理。轻度焦虑可激活交感神经系统,导致体内肾上腺素、儿茶酚胺等激素分泌增加,提高机体对适应环境和应对压力的能力。而重度焦虑可使人体交感神经系统活性受抑制,副交感神经活动增强,使机体出现食欲减退、烦躁不安、失眠等不良心理反应,同时伴有呼吸加快、心率增加和血压升高、肌肉过度紧张等躯体应激反应,降低机体对环境的适应能力和对疾病的应付能力,做事犹豫不决,易受他人的干扰,违背自身的意愿做出决策^[18]。本研究 47.56%患者伴有焦虑,且大多数(66.67%)属于轻度焦虑,故面对临床决策抉择时可控制自己的情绪,能积极主动面对疾病,根据自己的意愿判断并做出最后的决定,而非主要听取医生的意见或由家属全权代表做决策。抑郁是指生活中发生一些重大事件时,如危及生命的疾病或事故,产生的一系列不良反应,使副交感神经系统活动增强,其分泌 5-羟色胺、 γ 氨基丁酸等抑制性神经递质增多,导致机体出现情绪低落、思维迟缓、言语减少、动作缓慢、优柔寡断,在制订决策中往往需要他人的帮助,自己不能做出正确的决定。在本研究发现,喉癌患者抑郁发生率为 64.63%,其在制订临床决策过程中缺乏理性思维,往往主要听从医生的意见,甚至完全由家属代表做出决策,自己难以做出决定。

4 结论

综上所述,抑郁喉癌患者在参与临床决策过程中处于被动地位,实际参与程度较低,而焦虑患者

参与临床决策较主动。喉癌患者伴有焦虑抑郁症状较严重,因此应注意患者的焦虑抑郁不良情绪,多与患者进行沟通,降低患者的焦虑抑郁情绪反应,让其合理参与到临床决策过程中,提高治疗的满意度及依从性。

参考文献:

- [1] HOFFMANN T C, DEL MAR C B, Simmons M B, et al. Shared decision making: what do clinicians need to know and why should they bother? [J]. Med J Aust, 2014, 201(1): 513-514.
- [2] MUHAY E, CHARLES C, GAFHI A. Shared decision - making in primary care: tailoring the Chades et al. model to fit the context of general practice [J]. Patient Educ Couns, 2006, 62(2): 205-211.
- [3] 郑晓玲, 魏清风, 李蕾, 等. 妇科肿瘤患者参与手术治疗决策的现状研究[J]. 护理管理杂志, 2015, 15(8): 538-540.
- [4] 马丽莉, 何仲. 癌症病人参与治疗、护理决策的现状研究[J]. 中国实用护理杂志, 2005, 21(6): 10-12.
- [5] 周雪江, 王艳丽, 韦群英. 参与型护理模式对喉癌术后情感障碍患者负性情绪及生存质量的影响[J]. 中国医学创新, 2014, 11(14): 85-88.
- [6] 江妙玲, 林婷, 吴碧娟. 女性恶性肿瘤患者心理状况及其影响因素分析[J]. 现代临床护理, 2014, 13(6): 46-48.
- [7] DEGNER L F, SLOAN J A, VENKATESH P. The control preferences scale[J]. Canadian Journal of Nursing Research, 1997, 29(3): 21-43.
- [8] 徐小琳. 患者对医疗决策参与的满意度量表的编制及信效度考评[D]. 长沙: 中南大学, 2010.
- [9] ZUNG W W. A self-rating depression scale[J]. Arch Gen Psychiatry, 1965, (12): 63-70.
- [10] 段泉泉, 胜利. 焦虑及抑郁自评量表的临床效度[J]. 临床精神病学, 2012, 26(9): 676-679.
- [11] 侯晓婷, 徐征, 周玉洁, 等. 结直肠癌住院患者参与手术治疗决策的现状研究[J]. 中华护理杂志, 2014, 49(5): 526-529.
- [12] 徐征, 庞冬, 刘卓, 等. 结直肠癌术后患者对手术治疗决策满意度的影响因素分析[J]. 中华护理杂志, 2015, 50(12): 1484-1488.
- [13] 邹劲林, 莫湘琼, 李振东, 等. 医患共同参与医疗决策对胃癌术后机体恢复的影响[J]. 中国慢性病预防与控制, 2012, 20(4): 449-451.
- [14] 李君, 李映兰, 谢咏湘. 恶性肿瘤患者抑郁焦虑状态临床调查分析[J]. 中国医师杂志, 2009, 11(7): 1003-1005.
- [15] 陆敏, 徐荷芬, 夏媛媛, 等. 癌症患者焦虑、抑郁情绪调查[J]. 中国心理卫生杂志, 1999, 13(3): 1871.