

基于多团队协作模式的心理干预对下咽癌及喉癌放疗患者心理状态的影响

王辉灵子 李卫阳 朱丽婵

【摘要】 目的 观察基于多团队协作模式心理干预对下咽癌及喉癌放疗患者心理状态的影响。方法 随机选取 2020 年 10 月至 2021 年 12 月该院头颈放疗科收治的下咽癌、喉癌放疗患者 64 例。将 2020 年 10 月至 2021 年 5 月收治的 32 例患者设为对照组，将 2021 年 6—12 月收治的 32 例患者设为观察组。对照组采取常规护理干预及心理相关筛查、评估、干预，观察组在对照组基础上增加多团队协作模式干预。比较两组干预前后心理痛苦和焦虑情况。结果 干预后观察组显著心理痛苦、焦虑发生率 18.8% (6/32)、28.1% (9/32)，低于对照组的 62.5% (20/32) 和 62.5% (20/32)；差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 基于多团队协作模式心理干预可明显改善下咽癌及喉癌放疗患者的焦虑情绪，减轻其心理痛苦。

【关键词】 多团队；下咽癌；喉癌；放疗；心理

DOI:10.19542/j.cnki.1006-5180.006912

下咽癌和喉癌是头颈部常见的恶性肿瘤，其主要病理类型为鳞状细胞癌，手术和放疗是临床治疗下咽癌和喉癌的主要方法。癌症作为心理性应激源可引起患者强烈的负性情绪，同时社会大众对放疗认知不足，患者在进行 CT 模拟定位和放疗时，因头颈肩被面罩固定，更易出现焦虑、困惑、迷惘、畏惧等负性心理表现^[1]，不利于放疗顺利进行和疾病的预后。我院头颈放疗科对下咽癌和喉癌放疗患者进行多团队协作干预，取得了满意效果，现报道如下：

1 资料与方法

1.1 对象与分组 随机选取 2020 年 10 月至 2021 年 12 月我院头颈放疗科收治的下咽癌、喉癌放疗患者 64 例。纳入标准：病理学诊断为下咽癌或喉癌；首次接受放疗；意识清楚，能完成调查问卷。排除标准：有精神相关疾病或正在服用精神相关药物；认知障碍。将 2020 年 10 月至 2021 年 5 月收治的 32 例患者设为对照组，将 2021 年 6—12 月收治的 32 例患者设为观察组。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 采取常规护理干预。放疗前责任护士讲解放疗相关知识，包括做好口腔卫生、放疗区皮肤保护、口腔与颈部功能锻炼、饮食与营养、用药指导，同时发放宣教处方。由头颈放疗科具有心理学背景的护士，采用心理痛苦温度计量表 (DT) 和焦虑自评量表 (SAS)，常规对患者进行心理相关评估及干预。

1.2.2 观察组 在对照组基础上增加多团队协作干预。

成立干预小组，成员包括头颈放疗科医生 1 名，临床心理科医生 1 名，放射物理师 1 名，头颈放疗科护士长 1 名，放射物理室护士长 1 名，护士 4 名 (精神心理专科护士、舒缓疗护护士、疼痛专科护士、肿瘤专科护士各 1 名)，成员均有心理学背景。干预方法：

1.2.2.1 多途径、多形式的患者健康教育 ① 放疗开始由责任护士一对一床边进行放疗相关知识宣教。② 讲解结束后发放宣教处方，扫描草料二维码，建立微信群，微信推送宣教资料。③ 每两周由护士辅导开展团体功能锻炼操，内容有张口、鼓腮、转颈等项目，提高患者功能锻炼的准确性及趣味性。④ 开展患教会为患者讲解下咽癌、喉癌的危险因素，治疗方法，预后、常见并发症观察与处理，以及延续护理注意事项。⑤ 病区每天视频播放放疗相关知识，定期抽查提问患者，对回答较差的患者加强宣教。

1.2.2.2 多形式提高护理人员对放疗及心理学知识的掌握 ① 邀请头颈放疗科医生授课《肿瘤精准治疗》《下咽癌、喉癌患者诊疗指南》。② 邀请临床心理科医生授课《头颈肿瘤放疗患者心理问题及应对》。③ 邀请护理专家授课《感官艺术疗法》《心理沟通技巧》。④ 小组成员分享沟通方法技巧。

1.2.2.3 减轻患者不适 医生负责患者躯体症状处理，及时解决患者疼痛、呼吸困难等问题。减轻患者当下最不适的症状，从而缓解患者负性情绪。

1.2.2.4 放射物理科缓解患者放疗时焦虑紧张情绪

作者单位：310022 杭州，中国科学院大学附属肿瘤医院（浙江省肿瘤医院）头颈放疗科

通信作者：王辉灵子，Email: whlz.sc@qq.com

表 1 两组干预前后焦虑情况比较 [例 (%)]

组别	例数	干预前				干预后			
		无焦虑	轻度焦虑	中度焦虑	重度焦虑	无焦虑	轻度焦虑	中度焦虑	重度焦虑
对照组	32	3 (9.4)	8 (25.0)	14 (43.8)	7 (21.9)	12 (37.5)	9 (28.1)	9 (28.1)	2 (6.3)
观察组	32	2 (6.3)	16 (50.0)	11 (34.4)	3 (9.4)	23 (71.9)	6 (18.8)	3 (9.4)	0

① 放射物理室联合头颈放疗科制作《头颈放疗流程》视频，头颈放疗科和放射物理科每天循环播放宣教视频让患者提前熟悉放疗流程。② 放射物理科在患者放疗时播放音乐《湖之禅》，伴随舒缓音乐轻松完成放疗。③ 因放射防护需要，机房没有窗户，患者可能有害怕、焦虑的情绪。在机房入口地面设置沙滩投影和沙滩音效，机房房间上空设置成蓝天白云的投影，使患者在舒适自在的环境下进行放疗。④ 物理师对头颈肩放疗面罩进行改良，制作成鼻部塑形，舒适度好的头颈放疗面罩，此外对具有幽闭恐惧症患者的面罩，物理师会将鼻部、颈部剪开各一个三角形，以减少其压迫感。

1.2.2.5 头颈放疗科采取针对性、多学科心理干预 ① 制定同质化心理筛查、评估流程。② 运用 DT 和 SAS 评估患者痛苦和焦虑状况。对 DT ≥ 4 分且 SAS ≥ 50 分的患者在放疗联络卡片上标注“爱心”的标记，以提醒物理师对患者放疗时加强心理关注。③ DT < 4 分或 SAS 为 50 ~ 59 分的患者，由具有心理学知识背景的护士全程心理疏导；DT ≥ 4 分且 SAS 为 60 ~ 69 分的患者，由精神心理专科护士进行正念疗法、静心冥想干预；DT ≥ 4 分且 SAS > 69 分的患者，由临床心理科医生进行个体心理辅导干预。④ 患者放疗期间每月进行 30 ~ 60 分钟的团体心理辅导，包括安心卡、园艺疗法。

1.3 评价指标 两组均在干预前和出院时（干预后）评估心理痛苦和焦虑情况。采用 DT 评估患者心理痛苦情况，评分范围 0 ~ 10 分，0 分为无心理痛苦，10 分为心理极度痛苦，DT ≥ 4 分定义为显著心理痛苦。采用 SAS 评估患者焦虑情况， < 50 分为无焦虑，50 ~ 59 分为轻度焦虑，60 ~ 69 分为中度焦虑， > 69 分为重度焦虑。

1.4 统计学方法 应用 SPSS 13.0 统计学软件处理数据。计数资料以百分率 (%) 表示，采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组一般资料比较 对照组：男 31 例，女 1 例；平均 61 岁；下咽癌 18 例，喉癌 14 例。观察组：男 31 例，女 1 例；平均 59 岁；下咽癌 16 例，喉癌 16 例。两组性别、癌症种类比较，差异无统计学意义 ($\chi^2 = 0.52$ 、

0.25, $P > 0.05$)。

2.2 两组干预前后显著心理痛苦情况比较 干预前，观察组显著心理痛苦 30 例 (93.8%)，对照组 28 例 (87.5%)，差异无统计学意义 ($\chi^2 = 0.18$, $P > 0.05$)。干预后，观察组显著心理痛苦 6 例 (18.8%)，低于对照组的 20 例 (62.5%)，差异有统计学意义 ($\chi^2 = 12.70$, $P < 0.01$)。

2.3 两组干预前后焦虑情况比较 干预前，观察组发生焦虑 30 例 (93.8%)，对照组 29 例 (90.6%)，差异无统计学意义 ($\chi^2 = 0$, $P > 0.05$)。干预后，观察组发生焦虑 9 例 (28.1%)，对照组 20 例 (62.5%)，差异有统计学意义 ($\chi^2 = 9.06$, $P < 0.05$)。

3 讨论

喉癌、下咽癌具有预后差、复发率高的特点。患者因对疾病认知不足、对治疗预期疗效不明，治疗期间出现的并发症及陌生环境给患者生理和心理上都带来巨大负担，易出现焦虑痛苦等不良情绪。随着焦虑程度增加，身体免疫功能和营养状况受抑制情况越明显，不利于患者疾病治疗和远期生活质量^[2]。因此，实施有效的护理干预缓解患者心理痛苦和焦虑尤为重要。

多团队协作模式最大程度整合各学科资源，为患者提供全面的医护支持。有效优化各项服务流程、目标，确保科室间交接工作交叉性和融合性。同时增强医护人员多角度思维能力，进而为患者提供更优质的护理支持。团队成员准确全面评估患者的身体症状与心理状态，根据评估结果制定个性化、具体的症状管理和心理干预方案。通过动态观察掌握患者的心理情绪变化，提供准确的心理干预措施。本文结果显示，干预后观察组焦虑、显著心理痛苦发生率均低于对照组，说明多团队协作模式心理干预可帮助喉癌、下咽癌放疗患者缓解心理痛苦与焦虑，改善负性情绪。

参 考 文 献

- [1] 李玉敏, 郭晋纲. 幽闭恐惧症肿瘤患者 CT 定位头颈肩膜固定时的心理疏导和干预 [J]. 实用医技杂志, 2016, 23 (4): 390.
- [2] 李素芳. 老年喉癌患者术后焦虑程度与营养状况及免疫指标的关系 [J]. 中国老年学杂志, 2015, 35 (8): 2077.

(收稿: 2022-03-21)

(本文编辑: 薛 芳)