

以社会心理学为指导的健康宣教干预 对合并糖尿病的子宫内膜癌患者术后领悟社会支持水平的影响^①

赵建兰

(郑州大学附属肿瘤医院(河南省肿瘤医院)妇瘤科二病区,河南 郑州 450000)

摘要:目的:观察以社会心理学为指导的健康宣教干预对合并糖尿病(DM)的子宫内膜癌(EC)患者术后领悟社会支持水平的影响。方法:选取2019-10~2020-10于本院行手术治疗的EC合并DM的患者68例,随机分为观察组和对照组各34例。对照组行传统的健康宣教干预,观察组行以社会心理学为指导的健康宣教干预。通过自我护理能力测量表(ESCA)、焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)以及领悟社会支持量表(PSSS)比较干预前后患者知识掌握度、自护能力心理状态以及领悟社会支持水平变化;比较干预后患者对护理干预的满意度。结果:干预后两组患者的ESCA、PSSS各项评分较干预前均有提升,且观察组高于对照组($P < 0.05$);干预后两组患者的SAS及SDS评分较干预前均有降低,且观察组低于对照组($P < 0.05$);干预后观察组患者对护理干预的满意度优于对照组($P < 0.05$)。结论:以社会心理学为指导的健康宣教干预可有效提升EC合并DM患者手术治疗后对疾病的认知水平及自护能力,减轻患者的负面情绪,同时增强其领悟社会支持水平,提升患者对健康宣教干预的满意度。

关键词:社会心理学;健康宣教;子宫内膜癌;糖尿病;领悟社会支持水平

中图分类号:R473.58 **文献标识码:**B **文章编号:**1008-0104(2022)02-0137-02

子宫内膜癌(EC)合并有糖尿病(DM)的患者通过手术切除病变子宫为主,可有效提升患者的生存率^[1]。但部分患者因生殖器官的缺失,产生一系列负面情绪,阻碍患者与医护人员甚至与家属的正常沟通,极大程度延缓患者康复进程^[2]。因此,对患者的心理疏导及健康教育是EC合并DM患者术后康复的重要环节。以社会心理学为指导的健康宣教是通过知识教育、心理调节及加强陪伴支持相结合以缓解患者的负面情绪。基于此,本院选取68例EC合并DM患者进行研究,探讨以社会心理学为指导的健康宣教干预对合并DM的EC患者术后自护能力、心理状态以及领悟社会支持水平的影响,旨在为临床健康宣教提供更好的方案参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院2019-10~2020-10收治的EC合并DM患者68例作为研究对象,将其随机分为观察组和对照组各34例。对照组年龄45~72岁,平均(56.44±4.17)岁;文化程度:初中及以下8例,高专及高中14例,大专及以上12例。观察组年龄42~74岁,平均(58.10±3.97)岁;文化程度:初中及以下10例,高专及高中13例,大专及以上11例。两组患者一般资料差异无统计学意义($P > 0.05$)。本研究已通过本院伦理委员会批准。

1.2 纳入标准及排除标准

纳入标准:①术后病理学结果符合EC的诊断标准^[3];②临床症状及实验室检查符合DM的诊断标准^[4];③行子宫切除术治疗;④具备基本的读写能力;⑤患者及家属同意参与研究并签署知情同意书。**排除标准:**①癌组织远处转移或合并其他恶性肿瘤;②合并其他重要脏器疾病;③合并听、说或意识障碍,无法正常沟通;④合并免疫系统疾病;⑤术后生命体征极不稳定,预计生存期<3个月。

1.3 方法

对照组采用传统模式的健康宣教干预,包括有关疾病相关知识的口头宣教和知识手册发放,术后饮食健康指导以及出院后的定期随访复查。观察组采用以社会心理学为指导的健康宣教干预:①知识教育:患者入院后通过口头宣教结合图片、视频等方式向患者详尽介绍EC和DM的发生发展、手术治疗的方式和必要性,同时也应告知患者手术会对月经周期及生殖能力的影响,但对性生活及女性基本性征无明显影响。手术治疗后,需进一步对患者进行健康行为及饮食习惯的指导,并对患者恢复过程中提出的相关疑问进行及时的反馈解答。②心理调节:每日对患者进行一对一的心理辅导,了解患者的心理状态,并通过心理疏导、精神支持等方式帮助患者缓解忧郁及焦虑情绪。同时还可通过音乐、电影等娱乐活动,帮助患者缓解压力,使患者紧绷的神经得到放松。③加强陪伴支持:除对患者进行健康宣教外,还需对患者的配偶及其他家庭成员进行EC及DM相关疾病知识的讲解,同时帮助患者家属掌握术后基本护理操作。此外,还需告知患者配偶子宫切除后对患者生理及心理造成的影响,鼓励患者配偶及其他家庭成员予以患者更多的关爱及照顾。定期组织相似病症的患者进行交流会,并选择部分术后身心恢复均较佳的患者进行经验交流,鼓励患者间相互探讨总结。同时,指导价家属对患者进行及时的监督及陪伴,协助患者树立良好积极的心态,更好的配合临床治疗及护理干预。

1.4 观察指标

①自护水平:分别于干预前后通过自我护理能力测量表^[5](ESCA)评估患者自护水平。②心理状况:分别于干预前后采用焦虑自评量表(SAS)及抑郁自评量表(SDS)^[6]评估患者的心理状况。③领悟社会支持水平:分别与干预前后通过领悟社会支持

① 作者简介:赵建兰(1979~)女,河南郑州人,本科,主管护师。

量表^[7] (PSSS) 评估患者领悟社会支持水平。④满意度: 于患者出院前 1d, 通过自制问卷调查患者对健康宣教干预的满意度, 总分为 100 分, 非常满意: >85 分; 比较满意: 60 ~ 85 分; 不满意: <60 分, 满意 = 非常满意 + 比较满意。

1.5 统计学方法

采用 SPSS22.0 软件进行数据分析, 计量资料用

表 1 两组患者自护水平变化对比($\bar{x} \pm s, n = 34, \text{分}$)

组别	健康知识水平		自我概念		自护责任感		自护技能	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	32.42 ± 5.63	51.71 ± 4.33*	15.98 ± 4.37	28.45 ± 3.11*	20.14 ± 4.41	35.14 ± 2.88*	17.23 ± 5.44	31.22 ± 4.28*
对照组	31.29 ± 5.33	44.27 ± 5.26*	16.76 ± 3.94	23.38 ± 4.02*	19.26 ± 3.85	28.77 ± 3.62*	18.93 ± 4.75	24.17 ± 5.00*
t 值	0.850	6.368	0.773	5.817	0.860	8.029	1.373	6.246
P 值	0.399	0.001	0.442	0.001	0.393	0.001	0.175	0.001

注: 与干预前相比, *P < 0.05。

2.2 心理状况

干预后两组患者的 SAS 和 SDS 评分较干预前均有降低, 且观察组低于对照组 (P < 0.05), 见表 2。

2.3 领悟社会支持水平

干预后两组患者 PSSS 各项评分较干预前均有提升, 且观察组高于对照组 (P < 0.05), 见表 3。

表 3 两组患者 PSSS 评分变化对比($\bar{x} \pm s, n = 34, \text{分}$)

组别	家庭支持		朋友支持		其他社会支持		总分	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	21.42 ± 4.11	26.91 ± 3.26*	17.24 ± 4.03	23.12 ± 3.12*	15.26 ± 5.08	20.65 ± 3.37*	53.92 ± 5.77	70.68 ± 4.16*
对照组	22.68 ± 5.44	24.63 ± 3.02*	16.74 ± 3.47	20.79 ± 3.22*	15.77 ± 4.52	18.55 ± 2.81*	55.19 ± 5.42	63.97 ± 4.83*
t 值	1.078	2.273	0.548	3.030	0.437	2.791	0.935	6.138
P 值	0.285	0.008	0.585	0.004	0.663	0.007	0.353	0.001

注: 与干预前相比, *P < 0.05。

2.4 满意度

干预后观察组患者对健康宣教干预的满意度高于对照组 (P < 0.05), 见表 4。

表 4 两组患者满意度对比 [n = 34, n(%)]

组别	非常满意	比较满意	不满意	总满意度
观察组	24(70.59)	9(26.47)	1(2.94)	33(97.06)
对照组	17(50.00)	11(32.35)	6(17.65)	28(82.35)
χ ² 值				3.981
P 值				0.046

3 讨论

相关研究表明, 早期 EC 患者经手术治疗后 5 年生存率可达 80% ~ 90% 左右, 预后较为理想^[8]。相关研究表明, 抑郁情绪、精神压力以及缺乏亲人关爱等特殊的社会心理因素, 对肿瘤的发生发展及患者的预后均有严重影响, 而大部 DM 合并 EC 患者对子宫切除有较强的抵触情绪, 术后常有严重的自卑等负性情绪^[9]。因此, 通过适当形式的健康教育引导患者消除负面因素的影响对 DM 合并 EC 患者的术后康复极为重要。

传统的健康宣教干预多以知识性教育和术后的康复指导为主, 对患者负面情绪的疏导作用并不明显。此次研究显示, 干预后观察组 SAS 及 SDS 评分远低于对照组, 且 ESCA 各项评分均高于对照组, 说明以社会心理学为指导的健康宣教干预可消除患者的负面情绪, 提升其对疾病相关知识的了解, 同时增强患者的自护水平。以社会心理学为指导的健康宣

($\bar{x} \pm s$) 表示, 用 t 检验, 计数资料用 n(%) 表示, 用 χ² 检验。P < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 自护水平

干预后两组患者 ESCA 各项评分较干预前均有提升, 且观察组高于对照组 (P < 0.05), 见表 1。

表 2 两组患者心理状况变化对比($\bar{x} \pm s, n = 34, \text{分}$)

组别	SAS		SDS	
	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	53.01 ± 5.31	34.28 ± 3.52*	57.03 ± 5.24	38.77 ± 3.96*
对照组	52.10 ± 4.72	42.11 ± 5.10*	56.13 ± 4.68	45.32 ± 4.21*
t 值	0.747	7.368	0.747	6.608
P 值	0.458	0.001	0.458	0.001

注: 与干预前相比, *P < 0.05。

教干预通过每日对患者的心理辅导, 对其主要负面情绪的成因进行针对性疏导, 并通过认知教育让患者了解子宫切除对疾病治疗的重要性, 避免患者将子宫切除对生殖系统功能带来的损害夸大而造成严重的心理压力^[10]。

家庭及社会支持对癌症患者术后的生理及心理恢复也有极大影响, 家人、朋友对患者的支持和帮助可增强患者对抗疾病的信心。本次研究中, 观察组患者 PSSS 各项评分均高于对照组, 提示以社会心理学为指导的健康宣教干预能更好的增强患者领悟社会支持水平。通过对其配偶及其他家人进行认知教育, 指导家属如何正确看护患者, 并鼓励家属予以患者更多关注, 让患者感受到来自家人的关爱, 增强其战胜病魔的信念。同时, 定期开展的交流会可通过实际病例的展示和病友间的经验交流, 加深患者对疾病的了解以及恢复过程中所需注意的问题, 增强其康复的信心。此次研究还显示, 观察组患者对健康宣教干预的满意度明显高于对照组, 进一步体现出以社会心理学为指导的健康宣教干预较传统健康宣教干预的效果更为明显, 患者的满意度更高。

综上所述, 以社会心理学为健康指导的健康宣教干预可有效缓解合并 DM 的 EC 患者术后的负面情绪, 增强其对疾病的认知和术后的自护能力, 同时增强患者领悟社会支持水平, 提升患者对健康宣教关于的满意度, 具有一定的临床实践价值。

(下转第 140 页)

2.2 出血量

观察组术中、术后 2h、24h 出血量较对照组少 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组出血量对比 ($\bar{x} \pm s$, $n = 37$, mL)

组别	术后 2h 出血量	术后 24h 出血量	术中出血量
观察组	344.82 ± 46.39	672.62 ± 84.77	803.81 ± 112.53
对照组	458.32 ± 52.63	741.83 ± 113.62	914.37 ± 163.77
<i>t</i> 值	9.841	2.970	3.385
<i>P</i> 值	0.001	0.004	0.001

2.3 产褥热发生率、子宫切除率

两组子宫切除率对比, 无明显差异 ($P > 0.05$), 观察组产褥热发生率较对照组低 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组产褥热发生率、子宫切除率对比 [$n = 37$, $n(\%)$]

组别	产褥热发生率	子宫切除率
观察组	3(8.11)	0(0.00)
对照组	10(27.03)	3(8.11)
χ^2 值	4.573	1.390
<i>P</i> 值	0.033	0.239

3 讨论

研究显示, 约 30% ~ 40% 左右 PPH 产妇为 IPPH, 且 IPPH 产妇占比全部产妇死亡人数 48.5% 左右, 亦导致产妇死亡主要原因之一^[3]。故临床应针对病因有效、及时止血, 以挽救其生命。

现阶段, 临床针对 IPPH 高危产妇多以双侧子宫动脉上行支结扎治疗, 其是通过纵向压迫子宫, 使子宫处于被动收缩状态来关闭血窦, 促使子宫血流减少, 利于子宫收缩, 实现压迫止血目的, 但单一应用对部分 IPPH 产妇止血效果欠佳^[4]。本研究将改良 B-Lynch 缝合术 + 双侧子宫动脉上行支结扎术应用于 IPPH 高危产妇中发现, 观察组总有效率 94.59% 较对照组 72.97% ($P < 0.05$); 术中、术后 2h、24h 出血量较对照组少, 产褥热发生率 8.11% 较对照组 27.03% 低 ($P < 0.05$), 由此表明, IPPH 高

危产妇应用改良 B-Lynch 缝合术 + 双侧子宫动脉上行支结扎术止血效果明显, 可有效减少术中、术后出血量, 减少产褥热发生。原因分析为通过改良 B-Lynch 缝合术, 选用 1-0 可吸收线, 韧性较好, 利于结扎及打结, 于缝线绕过子宫底时, 于宫底浆肌层右侧和左侧分别垂直固定 2 针, 可避免缝线于宫上滑脱, 并利用机械力学, 促使子宫处于纵向压缩状态, 子宫壁间血管能交织于肌纤维间受到挤压, 关闭血窦, 达到止血效果。联合应用可进一步提高止血效果。此外, 本研究数据还显示, 两组子宫切除率对比, 无明显差异 ($P > 0.05$), 但观察组无未发生切除子宫, 由此表明, IPPH 高危产妇应用改良 B-Lynch 缝合术 + 双侧子宫动脉上行支结扎术可有效避免子宫切除发生。但行改良 B-Lynch 缝合术时仍需注意以下几点: (1) 需下推膀胱腹膜反折处, 将子宫切口下 1 ~ 3cm 处设置为结扎位置, 此位置肌层相对较薄, 易穿透腹膜全层结扎。(2) 缝线不宜过细, 且不能采用“8”字缝合。

综上所述, IPPH 高危产妇应用改良 B-Lynch 缝合术 + 双侧子宫动脉上行支结扎术止血效果明显, 可有效减少术中、术后出血量, 减少产褥热, 值得临床推广。

参考文献:

- [1] 黄国伟, 梁敏仪, 罗健敏, 等. 子宫交叉捆绑缝合术对剖宫产术中难治性产后出血的疗效分析 [J]. 中国妇幼健康研究, 2018, 29(4): 500-503
- [2] 刘华, 李彦荣, 侯爱琴, 等. 宫颈多重缝扎术联合子宫动脉上行支结扎治疗难治性出血的效果 [J]. 现代生物医学进展, 2019, 19(15): 2957-2960
- [3] 付丹. 改良式多 U 型子宫压迫缝合术在难治性产后出血中的应用分析 [J]. 河北医学, 2018, 24(9): 1494-1497
- [4] 蓝洁珍, 刘娇兰. 双侧子宫动脉上行支结扎 + 改良式子宫背带式缝合术在剖宫产难治性产后出血中的应用 [J]. 河北医科大学学报, 2018, 39(3): 59-62

(收稿日期: 2021-12-19)

(上接第 138 页)

参考文献:

- [1] 武妍. 基于普适化与个体化的双轨延续性健康宣教在子宫内膜癌患者术后的应用 [J]. 中华现代护理杂志, 2020, 26(8): 1088-1093
- [2] 陆春红, 邢秀月, 黄燕. 加速康复外科管理模式在子宫内膜癌根治术后患者康复及并发症预防中的应用 [J]. 癌症进展, 2019, 17(23): 2867-2870
- [3] 周琦, 吴小华, 刘继红, 等. 子宫内膜癌诊断与治疗指南(第四版) [J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2018, 34(8): 52-58
- [4] 杨琨, 田勤, 洪天配. 美国糖尿病学会 2018 年版糖尿病医学诊疗标准的解读 [J]. 中国糖尿病杂志, 2018, 26(4): 265-269
- [5] 刘延锦, 余溯源, 郭丽娜, 等. 汉化修正版自我护理能力评估量表用于成年人人群中的信效度研究 [J]. 重庆医学, 2018, 47(33): 68-71
- [6] 段泉泉, 胜利. 焦虑及抑郁自评量表的临床效度 [J]. 中国心理卫生杂志, 2012, 26(9): 676-679
- [7] 廖玲珍, 王志毅, 胡静. 妇科恶性肿瘤术后化疗患者癌症复发恐惧及其影响因素调查研究 [J]. 遵义医学院学报, 2018, 41(5): 630-634
- [8] 吴欢, 孙桂芳, 尹香花. 子宫内膜采集技术在子宫内膜癌早期诊断中的应用进展 [J]. 现代妇产科进展, 2016, 25(6): 475-476, 479
- [9] 张彩霞, 覃慧敏, 田辉, 等. 社会心理因素对子宫内膜癌患者腹腔镜手术后应激状态的影响 [J]. 中国肿瘤临床与康复, 2017, 5(24): 125-128
- [10] 张海燕, 赵敏. 基于心理学的健康宣教模式对人工流产术患者认知水平及情感状况的干预效果 [J]. 西部中医药, 2019, 32(1): 118-122

(收稿日期: 2021-05-27)