

• 护理研究 •

Roy 适应模式对非小细胞肺癌患者生存质量与心理状态的影响研究^{*}

李 玲, 白 芬, 赵良存[△]

(甘肃省武威肿瘤医院药物临床试验机构, 甘肃 武威 733000)

[摘 要] **目的** 探讨 Roy 适应模式对程序性死亡受体-1(PD-1)单抗联合化疗期间非小细胞肺癌患者生存质量与心理状态的影响。**方法** 选取 2019 年 3 月至 2021 年 3 月该院非小细胞肺癌患者 171 例,并随机分为观察组(114 例)和对照组(57 例)。对照组患者采用常规护理模式,观察组患者在对照组基础上联合 Roy 适应模式。比较 2 组肺癌患者生存质量测定量表(FACT-L)、医院焦虑抑郁量表(HADS)、中文版癌症患者体力活动测定量表(EPIC-PAQ)、心理痛苦温度计(DT)、癌因性疲乏(CRF)评估量表及匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评分。**结果** 2 组患者治疗前 FACT-L、PSQI、HADS、EPIC-PAQ、CRF 及 DT 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。2 组患者治疗后 FACT-L(附加的关注情况、社会/家庭状况维度除外)、PSQI、HADS、EPIC-PAQ、CRF 及 DT 评分比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 对于 PD-1 单抗联合化疗期间的非小细胞肺癌者,采用 Roy 适应模式能缓解患者焦虑、抑郁等负性情绪,提高患者生存质量及治疗依从性。

[关键词] 非小细胞肺癌; 程序性死亡受体-1; Roy 适应模式; 生存质量

DOI:10.3969/j.issn.1009-5519.2023.07.030

中图法分类号:R473;R734.2

文章编号:1009-5519(2023)07-1225-04

文献标识码:B

肺癌是世界上最常见的恶性肿瘤之一,非小细胞肺癌约占所有肺癌的 80%,其发病率和死亡率高,5 年生存率很低^[1]。近年来,程序性死亡受体-1(PD-1)单抗联合化疗已广泛用于临床,成为非小细胞肺癌常规治疗模式^[2],但在 PD-1 单抗联合化疗治疗过程中的不良反应较多,常导致患者出现焦虑、抑郁、疲乏、失眠等^[3],严重影响治疗依从性和治疗效果。因此,对于 PD-1 单抗联合化疗期间非小细胞肺癌患者,可在常规护理基础上采用 Roy 适应模式进行护理,通过评估患者生理功能、自我概念、角色功能等,明确患者在治疗过程存在的问题,找出影响患者适应性的因素^[4]。在临床护理实践方面,将 Roy 适应模式与一般的护理程序相结合,可指导护士更全面地收集服务对象的健康资料,做出正确的护理诊断,制定科学的护理计划,从而为患者提供有效的护理,达到帮助患者恢复健康的目的^[5]。本研究探讨了 Roy 适应模式对 PD-1 单抗联合化疗期间非小细胞肺癌患者生存质量与心理状态的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2019 年 3 月至 2021 年 3 月本院非小细胞肺癌患者 171 例,并随机分为观察组(114 例)和对照组(57 例)。纳入标准:(1)采用 PD-1 单抗联合化疗治疗;年龄大于或等于 18 岁;(2)病理诊断

为非小细胞肺癌;(3)自愿加入本研究。排除标准:(1)合并有其他严重疾病;(2)既往有严重精神障碍史、药物滥用史、酗酒史和吸毒史;(3)妊娠期或哺乳期。患者均知情同意,并签署知情同意书。本研究获得医院医学伦理委员会批准,符合伦理原则。2 组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

1.2 方法 对照组予以常规护理模式,观察组在对照组基础上联合 Roy 适应模式。在采用 PD-1 单抗联合化疗治疗前及治疗 4 个周期后,采用自制的一般资料调查表收集患者年龄、身高、体重、文化程度、婚姻状况、生活方式、职业状况,以及临床分期、病理分型及手术治疗情况等相关资料。同时,将肺癌患者生存质量测定量表(FACT-L)^[6]、医院焦虑抑郁量表(HADS)^[7]、中文版癌症患者体力活动测定量表(EPIC-PAQ)^[8]、心理痛苦温度计(DT)^[9]、癌因性疲乏(CRF)评估量表^[10]、匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)^[11]分发给患者,指导患者及家属填写,并回收调查表。(1)PSQI 是评估患者主观睡眠质量的自我报告问卷,可用于评定患者最近 1 个月的睡眠质量。该量表由 19 个自评条目和 5 个他评条目构成,其中第 19 个自评条目和 5 个他评条目不参与计分,18 个条目结果可以综合成为 7 个成分,每个成分按 0~3 分计分,各成

^{*} 基金项目:甘肃省武威市科技计划基金项目(WW2002085)。

[△] 通信作者, E-mail: zhaolc@163.com。

分累积得分为 PSQI 总分,范围为 0~21 分,得分越高,表示睡眠质量越差。该量表经证实具有很高的信度与效度^[12]。(2)CRF 评估量表共 15 个条目,包括躯体疲乏、情绪疲乏和精神疲乏 3 个维度,各分值代表的疲乏严重性程度为:0 分表示没有,1~3 分表示轻度,4~6 分表示中度,7~10 分表示重度。各维度与总量表的内部一致性 Cronbach's α 系数为 0.63~0.86,重测信度为 0.55~0.77。该量表具有良好的信效度,可在国内肿瘤患者中应用。(3)HADS 主要应用于医院患者焦虑和抑郁情况的筛查,其是筛查躯体疾病焦虑、抑郁的最常应用工具之一^[12]。该量表包括焦虑和抑郁 2 个亚量表,由 14 个条目组成,其中 7 个条目评定焦虑,7 个条目评定抑郁。焦虑与抑郁 2 个分量表的分值划分为:0~7 分表示无症状;8~10 分表示症状可疑;11~21 分表示肯定存在症状。中文版的 HADS 在癌症群体中具有良好的信效度,其 Cronbach's α 系数为 0.929。焦虑和抑郁分量表的 Cronbach's α 系数均为 0.874。(4)EPIC-PAQ 共有 6 个条目,包括职业性体力活动、家务性体力活动、闲暇时间体力活动 3 个维度。该量表重测信度为 0.818,内容效度指数为 0.900,校标效度为 0.417。(5)DT 量表可快速识别患者心理痛苦程度,调查癌症患者心理痛苦。该量表被设计为一个温度计的形状,其左侧标有 0~10 分,共 11 个等级,其中 0 分表示没有心理痛苦,1~3 分表示轻度心理痛苦,4~6 分表示中度心理痛苦,7~9 分表示重度心理痛苦,10 分表示极度心理痛苦。同时,以问题列表检测患者心理痛苦的来源。(5)FACT-L 是以美国芝加哥 Rush_Presbyterian_St. Luke 医学中心研制的癌症治疗功能评价系统中的 FACT-L(V3.0)为蓝本进行汉化而成^[13],其由 36 个条目构成,具体包括:生理状况 7 条、社会/家庭状况 7 条、情感状况 6 条、功能状况 7 条形成的和附加的关注情况 9 条。其中,生理状况、情感状况、附加的关注情况为逆向条目,社会/家庭状况、功能状况为正向条目。各条目均采用 5 级评分法,分为一点也不(0 分)、有一点(1 分)、有些(2 分)、相当(3 分)、非常(4 分)5 个等级。中文版 FACT-L 各领域的重测信度均在 0.85 以上,其 Cronbach's α 系数大于 0.80,具有较好信度。

为保证研究的准确性及可靠性,成立由医学护理人员组成的研究团队。在分发、收集量表及数据录入前,对所有研究人员进行培训,并在研究的各个阶段进行质量控制。研究人员能熟练掌握非小细胞肺癌诊疗流程及各种量表内容,全面了解患者身心变化情况,在分发、收集量表时对患者进行一对一指导,研究人员逐一核对量表,针对漏项、缺项等内容再次一对

一指导患者及其家属完成,填写错误的内容由 3 位以上的研究人员进行核对判断,以减少判断的主观性。在数据录入处理阶段,由统计学专业人员指导,双人核对录入各种量表得分。

表 1 2 组患者一般资料比较

项目	观察组 (n=114)	对照组 (n=57)	t/ χ^2	P
年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	56.15 $\pm$ 7.21	60.02 $\pm$ 6.75	1.64	>0.05
文化程度[n(%)]			0.57	
初中及以上	49(42.98)	27(47.37)		>0.05
小学	34(29.82)	14(24.56)		>0.05
小学以下	31(27.19)	16(28.07)		>0.05
性别[n(%)]			0.23	
男	73(64.04)	35(61.40)		>0.05
女	41(35.96)	22(38.60)		>0.05
癌症分期[n(%)]			6.46	
I 期	12(10.53)	6(10.53)		>0.05
II 期	19(16.67)	8(14.04)		>0.05
III 期	35(30.70)	16(28.07)		>0.05
IV 期	48(42.11)	27(47.37)		>0.05

1.3 统计学处理 应用 SPSS20.0 软件进行统计分析。计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以率或百分比表示,组间比较采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 2 组患者治疗前各评分比较 2 组治疗前 FACT-L、PSQI、HADS、EPIC-PAQ、CRF 及 DT 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 2。

2.2 2 组患者治疗后各评分比较 2 组患者治疗后 FACT-L(附加的关注情况、社会/家庭状况维度除外)、PSQI、HADS、EPIC-PAQ、CRF 及 DT 评分比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 2 2 组患者治疗前各评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

项目	观察组 (n=114)	对照组 (n=57)	t	P
FACT-L 评分				
生理状况	5.16 $\pm$ 1.84	6.48 $\pm$ 2.03	8.64	0.062
情感状况	7.81 $\pm$ 2.58	8.03 $\pm$ 2.48	3.27	0.654
附加的关注情况	16.02 $\pm$ 1.72	15.87 $\pm$ 1.86	3.48	0.683
社会/家庭状况	23.32 $\pm$ 3.14	23.06 $\pm$ 3.24	3.21	0.665
功能状况	7.38 $\pm$ 1.68	7.26 $\pm$ 1.69	2.36	0.842
PSQI 评分	10.90 $\pm$ 3.86	10.48 $\pm$ 4.35	3.23	0.775
HADS 评分				

续表 2 2 组患者治疗前各评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

项目	观察组 (<i>n</i> =114)	对照组 (<i>n</i> =57)	<i>P</i>	
焦虑	11.62±2.12	11.23±2.07	3.37	0.562
抑郁	11.26±3.05	10.71±3.27	3.28	0.601
EPIC-PAQ 评分	59.83±18.44	68.14±27.17	7.84	0.132
CRF 评分	28.19±10.01	27.64±10.07	3.38	0.683
DT 评分	7.09±1.22	7.16±1.07	2.37	0.814

表 3 2 组患者治疗后各评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

项目	观察组 (<i>n</i> =114)	对照组 (<i>n</i> =57)	<i>t</i>	<i>P</i>
FACT-L 评分				
生理状况	5.61±1.61	6.91±1.85	10.57	0.015
情感状况	7.35±2.26	9.72±2.33	12.49	0.002
附加的关注情况	13.16±1.51	15.96±2.00	8.87	0.079
社会/家庭状况	24.83±2.99	21.81±2.84	6.52	0.103
功能状况	9.05±1.65	6.19±0.60	15.61	<0.001
PSQI 评分	8.78±3.24	11.90±4.11	10.20	0.016
HADS 评分				
焦虑	9.26±1.82	12.83±2.32	15.21	<0.001
抑郁	10.06±2.74	12.48±2.64	9.54	0.043
EPIC-PAQ 评分	71.38±20.32	52.19±17.19	13.90	0.008
CRF 评分	22.10±7.12	27.91±10.82	8.87	0.043
DT 评分	5.03±1.19	7.26±1.02	14.43	<0.001

3 讨 论

Roy 适应模式强调围绕患者的适应性行为实施护理活动,从而达到促进患者的适应性反应、帮助患者恢复健康的目的。在治疗过程中,通过 Roy 适应模式关注患者需求,评估患者各项功能,可明确患者在治疗过程中存在的问题。Roy 适应模式对患者生理功能、自我管理能力及社会家庭角色功能进行评估,针对患者开展全面分析并拟定护理策略,同时给予护理关怀和人文关怀,依据个体情况进行心理安抚和健康宣教,从而改善患者心理症状,扩大患者适应范围,使患者以更好的状态适应家庭及社会环境。有研究显示,非小细胞肺癌患者普遍存在疲乏、焦虑、抑郁、体力活动下降、CRF、心理痛苦等症状,严重影响患者生存质量及治疗效果,而 Roy 适应模式能够全面关注患者负面影响因素,通过干预消除负面影响,使患者积极配合治疗^[12]。

本研究结果显示,观察组患者在常规护理基础上联合 Roy 适应模式,经 PD-1 单抗联合化疗 4 个周期后,其生理状况、情感状况、功能状况评分较对照组有

显著变化。Roy 适应模式从整体出发,全面、多方位、多角度评估非小细胞肺癌患者在治疗期间的行为表现及负面反应,可推断出患者在治疗过程中存在的问题,进而进行针对性干预,并将干预后患者行为与目标行为进行比较,确定护理目标是否达到,通过衡量其中的差距,找出未达到的原因,然后根据评价结果修订或调整计划,最终使患者身心达到适应平衡状态,改善并消除患者负面情绪,提高患者治疗依从性及生存质量^[13]。本研究结果显示,2 组患者治疗后 PSQI、HADS、DT 评分有显著差异,与文献^[14]的研究结论相符。提示 Roy 适应模式注重人文关怀,通过关注患者心理问题及给予患者心理安抚,可促进患者向健康心理状态发展,同时通过提高患者应激能力等,提高患者睡眠质量,减缓患者心理痛苦,改善患者焦虑、抑郁情绪。

有研究发现,进展期肺癌患者因 CRF 而导致体力活动水平随着病程延长而显著减低^[15]。Roy 适应模式可对患者 CRF 和体力活动情况进行分级评估,明确护理目的和注意事项。因此,护理人员可根据实际情况不断更新和完善护理计划,指导处于治疗活跃期的癌症患者,通过适度的运动帮助患者减轻心理负担。研究发现,规律的体力活动是一种降低治疗相关不良反应的安全且有效的方式^[15]。本研究结果显示,2 组患者治疗后 EPIC-PAQ、CRF 评分有显著差异。因此,适当增加患者户外活动量,可缓解患者 CRF 状况,促进患者机体恢复。

综上所述,对于 PD-1 单抗联合化疗期间的非小细胞肺癌者,采用 Roy 适应模式能缓解患者焦虑、抑郁等负性情绪,提高患者生存质量及治疗依从性。本研究仅限于 PD-1 单抗联合化疗的非小细胞肺癌患者,未涉及接受其他靶向药物联合化疗的患者。

参考文献

[1] WU C, LI M, MENG H, et al. Analysis of status and countermeasures of cancer incidence and mortality in China[J]. Sci China Life Sci, 2019, 62(5): 640-647.

[2] 霍庚崑, 宋莹, 贾沙沙, 等. PD-1/PD-L1 抑制剂联合化疗对比化疗一线治疗晚期非小细胞肺癌疗效及安全性的 meta 分析[J]. 中国肿瘤生物治疗志, 2020, 27(3): 309-314.

[3] 王璐, 洪群英. PD-1/PD-L1 类抗体治疗肺癌的不良反应及处理[J]. 中华医学杂志, 2017, 97(48): 3831-3834.

[4] 郭春花. ROY 适应护理对糖尿病足患者心理状态改善作用研究[J]. 现代医药卫生, 2021, 37

(2):301-303.

[5] 张娟,井坤娟. 罗伊适应模式在我国护理领域中的应用[J]. 齐鲁护理志,2016,22(17):106-109.

[6] DENG X,ZHENG Z,LIN B,et al. The efficacy and roles of combining temozolomide with whole brain radiotherapy in protection neurocognitive function and improvement quality of life of non-small-cell lung cancer patients with brain Metastases [J]. BMC Cancer,2017,17(1):42.

[7] CHAHINE S, WALSH G, URQUHART R. Factors associated with meeting the psychosocial needs of cancer survivors in Nova Scotia, Canada[J]. Curr Oncol,2020,28(1):13-25.

[8] 亢东琴,刘玉芬,薛冬群,等. 癌症患者体力活动测定量表 EPIC-PAQ 中文版的信效度评定[J]. 护理学报,2017,24(24):1-4.

[9] GRAHAM-WISENER L, DEMPSTER M, SADDLER A, et al. Validation of the distress thermometer in patients with advanced cancer receiving specialist palliative care in a hospice setting[J]. Palliat Med,2021,35(1):120-129.

[10] 任似梦,吴晓月,周慧灵,等. 癌因性疲乏患者报告结局评估工具研究进展[J]. 世界中医药,2021,16(13):1928-1931.

[11] 刘志喜,石倩萍,杨洪霞,等. 匹兹堡睡眠质量指数量表在护理人群中的信效度评价[J]. 汕头大学医学院学报,2020,33(3):173-176.

[12] 庞晓丽,陈华军,高琳琳,等. 非小细胞肺癌患者术后抑郁状况的影响因素及与生存质量和睡眠质量的相关性研究[J]. 现代生物医学进展,2022,22(8):1567-1572.

[13] 陈晨,王敏,朱明珍. 老年肺癌患者化疗期间给予延续性护理对其心理情绪及生活质量的影响分析[J]. 心理月刊,2020,15(17):184-185.

[14] 饶井芬,杨春丽,刘艳丽,等. 改善非小细胞肺癌患者睡眠质量和心理状况对化疗后病情恢复的影响[J]. 中国老年学杂志,2022,42(7):1750-1752.

[15] CAMPBELL K L, WINTERS-STONE K M, WISKEMANN J, et al. Exercise guidelines for cancer survivors:Consensus statement from international multidisciplinary roundtable[J]. Med Sci Sports Exerc,2019,51(11):2375-2390.

(收稿日期:2022-08-01 修回日期:2022-12-30)

• 护理研究 •

以护士为主导的护理干预对急性缺血性脑卒中患者静脉溶栓的影响

苏 瑶,潘 盼,曾令芳
(宜春市人民医院急诊科,江西 宜春 336000)

[摘 要] **目的** 探讨以护士为主导的护理干预对急性缺血性脑卒中(AIS)患者静脉溶栓用药时间、依从率及预后的影响。**方法** 选择该院 2021 年 1 月至 2022 年 1 月收治的 AIS 患者 62 例作为研究对象,采用随机数表法将其分为观察组和对照组,各 31 例。2 组患者均在入院后给予静脉溶栓,对照组行常规护理干预,观察组行以护士为主导的护理干预,比较 2 组入院至静脉溶栓用药时间及 1 h 内容栓率,比较 2 组治疗前后的改良 RANKIN 量表评分及美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分,比较 2 组患者的依从率,同时比较 2 组患者的症状性脑出血率、病死率。**结果** 观察组入院至静脉溶栓用药时间短于对照组,1 h 内容栓率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。护理后 2 周观察组的 mRS 及 NIHSS 评分均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组依从率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组脑介入溶栓率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 以护士为主导的护理干预能够缩短 AIS 患者的溶栓时间,提高患者依从率,改善患者预后。

[关键词] 以护士为主导; 护理; 急性缺血性脑卒中; 静脉溶栓; 依从率; 预后

DOI:10.3969/j.issn.1009-5519.2023.07.031 **中图法分类号:**R471

文章编号:1009-5519(2023)07-1228-05 **文献标识码:**B

急性缺血性脑卒中(AIS)起病急骤,占致死率、致死率高,是一种可导致严重神经功能障碍的神经系统