

SPIKES沟通模型对肺癌患者心理状态及希望水平的影响

徐芬 苏文敏 周成伟 徐倩 傅郭妹芝

肺癌有较高发病率、死亡率,严重危害患者身心健康及生命安全^[1]。癌症患者获知病情后易出现恐慌、焦虑等负性情绪,甚至陷入对疾病治疗绝望的境地,影响后续诊疗^[2]。有研究显示,癌症告知的质量与患者心理反应、对健康结果及护理的满意度具有密切关系^[3]。这就要求护理人员具备良好的沟通能力,但目前仍有较多临床护理人员沟通能力不能满足患者需求。SPIKES沟通模型是以流程为导向的一种癌症告知方式,可提升护患沟通能力,对癌症患者结局产生积极作用^[4,5]。本研究将SPIKES沟通模型应用于肺癌患者中,取得满意效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2018年4月至2020年4月宁波大学医学院附属医院收治的肺癌患者78例,其中男性37例、女性41例。纳入标准:经临床症状、影像学及组织病理学检查确诊为肺癌;均为初次确诊;患者家属签署知情同意书。排除标准:患有严重心脑血管、肝、肾疾病;其他部位恶性肿瘤;近6个月内使用过抗抑郁药物;存在精神疾患、意识、沟通障碍。按随机数字表法分为两组,各39例。观察组男性18例、女性21例;年龄43~72岁,平均年龄(53.49±4.65)岁;TNM分期:I期9例、II期11例、III期19例;学历:高中及以下13例、大专15例、本科及以上11例。对照组男性19例、女性20例;年龄44~71岁,平均年龄(53.68±4.25)岁;TNM分期:I期8例、II期13例、III期18例;学历:高中及以下

15例、大专12例、本科及以上12例。两组一般资料比较,差异均无统计学意义(P 均 >0.05)。

1.2 方法 对照组采取常规告知方式,确诊肺癌后,主治医生直接告知患者及家属检查结果、治疗计划,并进行健康教育及心理疏导。观察组采用SPIKES沟通模式:

1.2.1 沟通设置(S) 成立SPIKES小组,护士长担任小组组长,组员包括1名工作年限 ≥ 5 年的专科护士、1名主治医师、2名责任护士,小组成员均培训考核后入组。在组长带领下查阅SPIKES相关文献,制定SPIKES流程图:①礼貌接触;②热情介绍;③详细告知;④询问关心;⑤耐心解答;⑥礼貌离开。

1.2.2 认知评估(P) 选择安静、隐私的环境,与患者家属(1~2名)进行面谈。告知患者疾病结果前,由主治医生提问一些开放性问题,如“您对自身疾病的知晓程度?”“病情对您目前生活有哪些影响?”,以此评估患者对自身病情的认知程度,洞察患者可能出现的反应,中断患者自身防御机制,为下一步告知患者疾病结果做好铺垫。

1.2.3 信息需求度评估(I) 责任护士进行引导性提问,如“您迫切想要了解自身疾病吗?”“您想获知检查结果还是治疗方案?”,评估患者对疾病信息的需求度。

1.2.4 知识与信息提供(K) 在经过认知、信息需求度评估后,若患者有心理准备,那么其对癌症“坏消息”接受较为容易,护士可以采取简单、清楚的语言从患者希望了解的“起点”开始,以小段信息的方式给予患者,并及时观察其是否理解,避免使用过多医学概念及刺激性语言。若患者未做好接收疾病信息的准备,则暂时不告知其病情,并给予针对性心理指导,帮助患者调整心态,拉近护患距离,增加患者对医护人员的信任度,引导其逐渐面对现实。

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2021.004.029

基金项目:浙江省基础公益研究计划项目(LSY19H010001);宁波市第二批科技项目(2017A610247)

作者单位:315020 浙江宁波,宁波大学医学院附属医院胸外科(徐芬、苏文敏、周成伟、傅郭妹芝),护理部(徐倩)

1.2.5 共情(E) 患者得知坏消息后易出现负性情绪,责任护士需密切观察其情绪变化,若表现为悲伤、沉默,则尝试用共情的方式疏导患者情绪,向患者例举良好预后的案例,提高患者治疗信心;若不能确定患者情绪状况,则运用开放探究式的问题询问患者,了解其此时的想法和感受,再继续共情回应直至患者心情平复。

1.2.6 总结(S) 患者获知疾病信息后,引导患者逐步接受治疗。SPIKES小组每日记录、核实是否有效落实SPIKES沟通流程,对于沟通过程中出现的问题,每周五例会讨论分析,制定解决策略。

1.3 观察指标 ①心理状态:应用简明心境问卷^[6]评估两组干预前及干预后(出院时)心理状态,选取其中抑郁-沮丧、紧张-焦虑、愤怒-敌意、迷惑-混乱

4个维度,各维度5项条目,采用0~4分评分计分法,评分越高,情绪越差。②希望水平:应用Herth希望量表^[7]评估患者出院时希望水平,包括积极态度、积极行动、亲密关系3个维度,各维度4项条目,按1~4分赋分,评分越高,希望水平越高。③护理满意度:出院前,患者填写护理满意度量表^[8],不满意:8~16分,一般满意:17~24分,非常满意:25~32分。计算总满意度。

1.4 统计学方法 采用SPSS 20.0软件分析数据,计数资料用百分比表示,采用 χ^2 检验,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验。设 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组心理状态比较见表1

表1 两组干预前后的心理状态比较/分

组别	抑郁-沮丧		紧张-焦虑		愤怒-敌意		迷惑-混乱	
	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	8.46 $\pm$ 2.25	5.60 $\pm$ 1.38*	8.54 $\pm$ 2.65	5.26 $\pm$ 1.76*	7.93 $\pm$ 2.48	4.50 $\pm$ 1.15*	9.58 $\pm$ 2.42	4.33 $\pm$ 1.28*
对照组	8.15 $\pm$ 2.32	7.78 $\pm$ 1.69	8.31 $\pm$ 2.52	7.34 $\pm$ 2.08	7.88 $\pm$ 2.75	6.19 $\pm$ 1.87	9.25 $\pm$ 2.84	6.82 $\pm$ 1.67

注: *:与对照组干预后比较, $P < 0.05$ 。

由表1可见,干预前,两组各项心理状态评分比较,差异无统计学意义(t 分别=0.60、0.39、0.08、0.55, P 均 > 0.05);干预后,观察组抑郁-沮丧、紧张-焦虑、愤怒-敌意、迷惑-混乱评分低于对照组(t 分别=6.24、4.76、4.81、7.39, P 均 < 0.05)。

2.2 两组出院时希望水平见表2

表2 两组出院时希望水平评分比较/分

组别	积极态度	积极行为	亲密关系
观察组	11.21 $\pm$ 2.57*	11.69 $\pm$ 2.86*	12.32 $\pm$ 2.04*
对照组	8.03 $\pm$ 2.45	7.65 $\pm$ 2.35	8.52 $\pm$ 2.47

注: *:与对照组比较, $P < 0.05$ 。

由表2可见,观察组出院时积极态度、积极行动、亲密关系评分高于对照组,差异有统计学意义(t 分别=5.59、6.82、7.41, P 均 < 0.05)。

2.3 护理满意度见表3

表3 两组护理满意度比较/例(%)

组别	n	非常满意	一般满意	不满意	总满意度
观察组	39	16(41.03)	20(51.28)	3(7.69)	36(92.31)*
对照组	39	9(23.08)	18(46.15)	12(30.77)	27(69.23)

注: *:与对照组比较, $P < 0.05$ 。

由表3可见,观察组护理满意度高于对照组,差异有统计学意义($\chi^2=6.68$, $P < 0.05$)。

3 讨论

在临床工作中,医护人员为避免告知癌症病情后出现病情加重、意外等的发生,多采取告知家属,由家属转告患者的方式,但这种告知方式不符合患者知情同意的伦理学^[9]。癌症告知一直是医患沟通中挑战性较强的任务。

SPIKES沟通模型是提出较早、应用较广的癌症告知方法,但其在东方文化背景下应用较晚,本研究将SPIKES应用于肺癌患者中后,观察组心理状态各评分低于对照组,积极态度、积极行动、亲密关系评分及护理满意度高于对照组,说明SPIKES沟通模型在改善肺癌患者心理状态、提升希望水平及护理满意度方面效果显著。白玉玲等^[4]研究显示, SPIKES能够缓解肺癌患者负性情绪,提高其希望水平与生活质量,与本研究结果相似。本研究以SPIKES为沟通模型,将癌症告知分为沟通设置、认知评估、信息需求度评估、知识与信息提供、共情及总结6个步骤,各环节均强调以患者为本,体现人文关怀,有利于获得患者支持与满意。在SPIKES沟通模型中,护理人员充分尊重患者需求,在沟通准备、

评估环节体现出热情态度,提高患者对护理人员的信任度。SPIKES沟通模型从患者认知及信息需求评估结果出发,选择患者最能接受的方式告知癌症病情,最大限度地降低“坏消息”对患者心理的刺激,从而改善其心理状态。在共情阶段,通过护患情感交流、例举成功案例唤起患者对抗癌症的勇气;总结阶段,告知患者治疗计划与目的,帮助患者树立治疗希望,并耐心回答患者疑惑,使其积极面对疾病,进而提高希望水平^[10]。沟通完毕后,护理人员礼貌离开,体现护理人员的专业水平和职业素养。SPIKES沟通模型充分满足肺癌患者临床护理需求,不仅能够解决患者焦虑、担忧等心理问题,同时有助于提升护理人员沟通能力,改善目前护患关系紧张状态。

综上所述,SPIKES沟通模型有利于提高护患沟通效率,改善肺癌患者心理状态、并提高患者希望水平及护理满意度。

参考文献

- 仇蓉,周娟,郭煜华,等.希望疗法对癌症晚期患者自我效能的影响[J].护理学杂志,2017,32(13):73-74.
- 钟紫外,陆华东,陆晨,等.共情式心理干预对自体DC/CIK细胞维持治疗肺腺癌患者癌因性疲乏,希望水平的影响[J].中华全科医学,2018,16(6):1025-1028.
- 陈琳琳,周娜,黄旭倩,等.希望水平在中年癌症病人心理弹性与应对方式之间的中介效应[J].护理研究,2019,33(8):1305-1308.
- 白玉玲,刘霞,郑元,等.六步标准沟通流程在老年肺癌患者护理沟通中的应用[J].中华现代护理杂志,2019,25(19):2475-2479.
- 张曦,杜雪,白玉,等.早期预警评分联合标准化沟通模式在食管癌患者围手术期管理中的应用[J].中国实用护理杂志,2017,33(12):928-932.
- 王建平,陈海勇,苏文亮,等.简式简明心境问卷在癌症病人应用中的信、效度[J].中国心理卫生杂志,2004,18(6):404-407.
- 王艳华.中文版Herth希望量表用于癌症病人的可行性研究[J].护理研究,2010,24(1):20-21.
- 牛洪艳,倪静玉,张玲,等.护理满意度量表在临床住院病人中应用的信效度研究[J].护理研究,2016,30(3):287-290.
- 贾金芳,杨灵娇,李辉,等.整合式心理干预对肺癌患者化疗期间希望水平和应对方式的影响[J].中国肿瘤临床与康复,2018,25(5):592-595.
- 李慧娟,蔡甜甜,辛鑫.生活希望计划干预对中老年肺癌患者希望水平及自我感受负担的影响[J].现代临床护理,2020,19(2):26-31.

(收稿日期 2021-01-06)

(本文编辑 蔡华波)

(上接第375页)

- 刘明.Colaizzi七个步骤在现象学研究资料分析中的应用[J].护理学杂志,2019,34(11):90-92.
- Mori A, Kakiuchi M, Matsumoto E, et al. Ingenuity for enabling the habituation of pelvic floor muscle training[J]. J Phys Ther Sci, 2017, 29(8):1287-1291.
- 蒋维连,李赛花,阳美珍,等.妊娠期糖尿病产妇产后健康促进行为驱动力的质性研究[J].中国实用护理杂志,2020,36(26):2034-2039.
- 赵海燕.女性产后恢复与运动参与的调查研究[D].北京:北京体育大学,2019.
- Neels H, De Wachter S, Wyndaele JJ, et al. Does pelvic floor muscle contraction early after delivery cause perineal pain in postpartum women? [J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2017, 208: 1-5.
- 姚晓燕.孕期普拉提训练对初产妇分娩状况的影响[J].循证护理,2018,4(12):1131-1134.
- Ament W, Verkerke GJ. Exercise and fatigue[J]. Sports Med, 2009, 39(5):389-422.
- 徐雪芬,胡引,程晶晶,等.孕产妇盆底肌锻炼知信行研究进展[J].护理与康复,2019,18(5):38-41.
- Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change[J]. Psychol Rev, 1977, 84(2):191-215.
- 史瑞芬,史宝欣.护士人文修养[M].北京:人民卫生出版社,2012:12-16.
- 刘义兰,彭笑.住院患者对护士关怀与否行为体验的质性研究[J].护理学杂志,2013,28(1):60-62.

(收稿日期 2021-02-01)

(本文编辑 蔡华波)