



第十三届中国科协年会第 18 分会场

癌症流行趋势和防控策略研究研讨会

中国·天津 2011.9.21~22

大会论文——

肿瘤科普



健康管理在肿瘤防治中的应用探讨

李浴峰,高 萍,夏 芹

(武警医学院部队健康教育教研室,天津 300162)

摘要:肿瘤对人类的威胁越来越严重,目前在对待肿瘤上多侧重于临床治疗,肿瘤预防未得到足够的重视或尚未付诸于行动。这种重治疗轻预防的诊疗方式已不能满足医学模式转变的需要。因此,亟待从肿瘤的一级预防即危险因素上对其进行管理,本文就如何将健康管理运用到肿瘤防治中加以探讨。

关键词:肿瘤;健康管理;防治;探讨

随着社会快速发展,生活水平逐步提高,竞争压力不断加大以及生活方式改变等原因,慢性病对人类健康的威胁越来越严重,而肿瘤又是其中极为重要的一部分。卫生部统计发现,从70年代到90年代这20年来,我国肿瘤发生率及死亡率一直处于上升趋势,并且向年轻化的趋势发展。预计到2020年,每年新发病人将达到1500万^[1]。癌症已经成为人类的头号杀手,是目前主要的公共卫生问题之一^[2]。造成肿瘤发生的众多原因中,生活方式占到了60%,生活方式与肿瘤的发生密切相关^[3-4]。因此,对肿瘤的预防控制刻不容缓,必须思考如何从源头上即生活方式上对肿瘤进行预防,是急需探讨和解决的问题。

1 肿瘤防治现状

肿瘤和其它慢性病一样具有三级预防措施:一级预防即病因预防,目的是控制和消除肿瘤的发病危险因素,预防肿瘤的发生和促进健康行为的建立。二级预防即早发现、早诊断、早治疗。三级预防即临床治疗和康复,减少患者疼痛和提高患者生存质量。目前,我国在肿瘤防治方面具有以下三个特点:第一,理念陈旧,重治疗、轻预防的现象较为严重。在被

癌症困扰的今天,为了攻克癌症,国家不惜投入巨资培养人才,开发研究,引进设备,但肿瘤的发生并未因此得以延缓,反而有上升的趋势。对肿瘤的预防缺乏系统的健康管理理念,一级预防未得到足够的重视。目前医院依然以治疗中晚期患者为主,治疗花费大而收效小,医疗资源浪费严重。第二,延误治疗的情况较为普遍。由于癌症属慢性疾病,发生原因较为复杂,从感染到发病往往需要数年到数十年的时间,故早期诊断率较低,误诊情况较为普遍,大多数肿瘤患者被诊断后基本上已属于中晚期。另外,由于肿瘤早期临床表现轻重不一,病人就诊时间往往较晚,因而延误治疗的情况亦较为普遍。第三,临床治疗尚未取得较大突破。雄厚的师资和先进的设备使癌症的治疗虽然取得了一定进展,但其仍属不治之症,仍未改变疗程长、预后差的现状。有研究发现,全球肝癌患者生存率水平很低,并且生存质量亦很差^[5]。

因而,现有的肿瘤防治措施难以适应医学模式转变的需要,难以起到根本性的作用。所以,目前急需建立一种集预防、治疗、康复于一体的肿瘤综合防治模式,而健康管理对肿瘤的防治提供了新思路,它

必将成为今后控制肿瘤的重点。

2 健康管理的内涵及意义

健康管理指的是对个体或群体的健康进行全面监测、分析、评估,提供健康咨询和指导以及对健康危险因素进行干预的全过程。通过对全人群进行信息采集、信息评估、健康促进及行为干预、以及动态效果评价这四方面进行全面管理。目的是提高人群健康状况,降低医疗费用。肿瘤是一个慢性逐步发展的过程,是可以改变生活方式预防的,因此,健康管理同样可以贯穿肿瘤防治的全过程。王淑康等研究发现^[6],通过健康管理,心血管病等慢性病的相关指标得到了很好的改善。将健康管理应用于肿瘤防治中是应对肿瘤的科学之道。

3 健康管理用于肿瘤防治之具体方法

3.1 筛查危险因素,确定高危人群或确诊

健康体检是健康管理的首要步骤,通过健康体检以及生活方式问卷调查进行健康状况信息采集^[7],进而通过健康管理对引发肿瘤的危险因素比如膳食、运动、疾病史、心理状况等进行评价,并据此对人群进行高、中、低危分类或确诊,制定相应干预方案,为下一步肿瘤预防和治疗明确方向。另外,通过健康体检,建立健康档案系统和肿瘤信息系统,使肿瘤的动态变化过程得以跟踪了解^[8]。

3.2 进行风险评估或疾病分析,制定管理方案

根据筛选的肿瘤危险因素,对个体或群体进行患病风险评估,或对患者进行疾病分析。首先,评估个体膳食结构是否具有肿瘤危险性。通过记录膳食日记,填写膳食问卷,对膳食结构进行评价和检测,给出膳食分析报告和个性化的膳食处方。使其了解膳食结构是否合理,目前还存在哪些不健康的膳食习惯,比如是否高脂高盐,蔬菜纤维素是否摄入充足等。进而评估此膳食模式是否具有肿瘤危险性,危险性有多大,从而制定个性化的膳食指导方案。其次,评估个体运动状况。通过记录运动日记,进行运动评

价,根据目前健康状况,结合科学的运动管理理念,制定个性化的运动处方,根据运动处方中的锻炼内容和指导原则实施运动计划。第三,评估个体心理状况。精神因素对肿瘤的发生、发展具有至关重要的作用,健康管理可以对压力等心理因素进行评估,制定相应的心理疏导方案。

3.3 落实管理方案,树立防控理念

3.3.1 以管理系统为平台,指导行动方向

健康管理系统为个人、医生和管理师均可实现不同的功能,个人可利用此系统查询健康档案、体检报告以及进行健康监测、体验运动、膳食等流程化管理、实现与医生在线互动交流,可通过电话、短信、个人首页等多种渠道获得及时指导。医生可依托该平台实时了解个人信息反馈情况,比如健康指标变化、膳食、运动执行情况等。根据反馈情况给予针对性指导,比如异常值提醒及监测、膳食、运动处方的调整等。

3.3.2 以管理工具为媒介,量化管理效果

在落实肿瘤干预方案中,除了健康教育外,健康管理工具是非常重要的管理媒介,主要包括运动能耗仪、BMI 标尺、健康信息卡、油壶、盐勺等。首先,给患者配带或配发这些工具,对其进行强制管理,使其按照评估结果设定的目标实施。个体定期上传数据或填写生活方式评估问卷,待个体形成固定的习惯模式后,即可选择解除工具。健康管理工具具有客观、直接的特点,可以记录、量化管理过程和效果,规范管理程序,督促和监督患者达标情况,提高被管理者的积极性。

3.3.3 以健康教育为手段,促进行为转变

由上所述,生活方式是肿瘤发生极为重要的影响因素,而生活方式是可以通过健康促进和健康教育转变的。国内外 50 年来的防癌经验证实,至少约有 30% 的癌症病例是可以通过健康教育与健康促进得以预防和控制的。其作用主要表现在以下几方面:

第一,提高人群肿瘤预防的知、信、行。^①提高人



群肿瘤相关知识知晓率。可根据居民健康档案资料和癌症防治知识需求,大力开展癌症健康教育,使目标人群了解肿瘤的早期症状、预防措施以及肿瘤的危险因素等相关知识,提高人群肿瘤相关知识知晓率,为行为改变打下坚实基础。有研究表明^[9],开展健康教育工作对人群肿瘤相关知识、态度、行为方面具有明显的积极作用。另外,通过健康教育传授的癌症相关知识对家属及亲友具有普及及放大效应。②转变人群防癌观念,增进人群防癌意识。要改变与肿瘤相关的不良生活方式,态度是关键,是行为转变的动力。防癌健康教育可使人树立癌症可防可治的信念,从而增进人群防癌意识。③转变人群不良生活方式,消除肿瘤危险因素。行为转变是防癌健康教育的最终目的,通过健康教育使人们转变不良行为或生活方式,比如节制吸烟,控制超重与肥胖,避免过度饮酒,适当运动,多摄入新鲜蔬菜水果,不吃霉变的食物,少吃腌制的食物,不吃太烫的食物和烧焦的食物,避免不良性行为,预防病毒感染等。

第二,加强心理疏导,促进治疗效果。癌症患者心理压力较其他人大多。有调查发现^[10-13],癌症患者普遍有较为明显的心理障碍,比如恐惧、焦虑、抑郁、偏激、疲劳等。尽管如此,心理因素还是未得到足够的重视。医学模式的转变要求必须重视患者的心理状况,因此,对癌症病人进行心理压力管理是应对癌症不可或缺的一部分。健康教育可向患者传授世界卫生组织提出的三个1/3,即1/3的癌症可以预防,1/3的癌症如能早期发现可以治愈,1/3的中晚期癌症经合理治疗可延长生存时间,提高生活质量。从而使患者树立癌症并不可怕的信念,这对治疗具有极为重要的作用。有研究发现,心理健康教育可以明显改善肿瘤患者的生存状态,健康教育后患者抑郁程度降低,这说明健康教育能缓解患者的心理压力^[14]。教育内容应从“每一个人都有可能患病,生老病死乃自然规律”、“积极、乐观的心理状态对治疗具有积极

意义”、“相信自己能扛过去”等方面进行,并且给患者提供缓解心理压力的具体途径和方法。最终使患者能正视疾病,克服恐惧,增强战胜病魔的信心,树立积极的人生态度。

从健康促进方面讲,对肿瘤患者不能忽视的缓解心理压力的方法即营造一个轻松的家庭和社会环境,不将患者当病人看待,更不要对其表现出明显的怜悯和同情。否则,患者将承担疾病和环境双重压力,这对其疾病恢复极为不利。

第三,改善医患关系,提高从医行为。肿瘤患者病情重、疗程长、医疗费用高,医患关系较为紧张。有研究表明,健康教育可以改善医患关系^[15]。江琼对100例恶性肿瘤患者研究发现^[16],健康教育可以提高患者的依从性。

另外,健康教育是提高肿瘤患者健康素养的一个重要手段,使患者从被动接受治疗到主动寻求健康,从“要我健康”到“我要健康”。可以说防癌健康教育是一项非药物的治疗手段^[17]。

4 评估管理效果,不断优化方案

通过一段时间的个性化管理,可定期对被管理对象进行效果评估。对于健康人群,评估其生活方式是否依然健康,近期是否有肿瘤危险因素介入?对于高危人群,评估其是否按照健康管理师的计划执行,肿瘤危险因素是否有所减少,肿瘤患病风险是否有所降低,降低了多少?对于肿瘤患者,评估其早期诊断率、5年生存期、预后、康复等情况是否有所改善?根据评估结果进一步调整和优化管理方案。

由上所述,健康管理将从信息收集、危险因素评估、行为指导和干预、效果评估等方面对肿瘤进行全程干预,帮助人们更好地控制来自于生活方式的60%影响因素,减少肿瘤发生,提高患者生命质量。从长远发展来看,健康管理将成为肿瘤防治中的主要举措。

参考文献

[1] 孙燕.抗肿瘤手册[M].北京:北京大学医学出版社,2007:1.

- [2] 卫生部.中国癌症预防与控制规划纲要(2004—2010)[J].中国肿瘤,2004(2):3-6.
- [3] 么鸿雁,陈辉;吕美霞,等.行为生活方式对恶性肿瘤发病影响的综合分析[J].中国公共卫生,2003,19(4):407-408.
- [4] 常改,李静,潘怡,等.生活方式与慢性病关系现状研究[J].中国慢性病预防与控制,2008,16(6):555-557.
- [5] 高姗,杨万水,张薇,等.原发性肝癌全人群生存率的分析 and 比较[J].肿瘤,2010,30(12):1027-1032.
- [6] 王淑康,李士雪,罗司军.慢性病健康管理必要性的实证性研究[J].中国卫生事业管理,2010,第 10 期,713-715.
- [7] 陈庆瑜.健康体检人群的健康管理模式探讨[J].中华健康管理学杂志,2008,2(2):73-74.
- [8] 王福影,李天萍,吴建国,等.对健康管理及癌症综合防制的思考[J].中国卫生事业管理,2009,第 4 期,275-277.
- [9] 林少东.开展健康教育以预防和控制肿瘤[J].中国当代医药,2010,17(24):132-133.
- [10] 祁淑英.疼痛对癌症患者抑郁和生活质量的影响[J].中华实用中西医杂志,2005,18(8):1203.
- [11] 郭秀泉,黄丽源,吴剑辉,等.肺癌患者心理个性特征的调查分析[J].护士进修杂志,2000,15(3):210-211.
- [12] Passik S D,Dugan W, McDonald M V, et al. Oncologists recognition of depression in their patients with cancer[J]. Clin Oncol, 1998,16(4):1594.
- [13] Mock V. Fatigue management: evidence and guidelines for practice [J].Cancer,2001,92(6Suppl):1699.
- [14] 韩志英,翁长静,杨丽君,等.健康教育对西藏癌症患者生活质量的改善[J].中国心理卫生杂志,2010,24(4):294.
- [15] 陈晓峰.健康教育和健康促进与医院(疗养院)管理的关系[J].中华护理杂志,2006,3(4):383.
- [16] 江琼.健康教育对恶性肿瘤化疗患者依从性的影响[J].中华现代护理学杂志,2008,5(22):2092-2093.
- [17] 蔡绍丽.充分发挥医院优势做好患者健康教育[J].重庆医学,2007,36(1):39-40.



癌症患者常见心理问题及对策

夏 芹, 谢长俊, 李浴峰

(武警医学院部队健康教育教研室, 天津 300162)

2000 多年前, 人类便开始了与癌症的斗争。尤其近 50 年来, 癌症负担不断增加, 已成为导致人类死亡最严重的疾病之一, 其发病率呈逐年上升趋势^[1]。目前, 癌症的病因尚不明确, 但大量研究显示, 癌症是一种身心性疾病, 心理社会因素引起的不良情绪, 常常是引起癌症的重要诱因^[2-4]。

对于患者来讲, 对癌症的错误认识, 使他们背负着巨大的心理压力, 不仅影响治疗效果, 也影响到他们的生活质量。有研究发现, 癌症晚期患者存在不同程度的心理问题, 同时伴有 T 淋巴细胞减少, 免疫功能紊乱, 造成机体对于肿瘤细胞抑制能力下降, 加速癌症的发展^[5]。

1 癌症患者常见的心理问题

当患者得知癌症的诊断后, 他们的心理变化极其复杂, 很大一部分癌症病人呈现负性心理^[6], 悲观失望、情绪消沉、回避现实, 有失落感、负罪感和被遗弃感。其心理反应大致分四阶段: 恐惧阶段、否认怀疑阶段、愤怒沮丧阶段和接受适应阶段。表现出的心理问题主要有: 怀疑否认、恐惧、抱怨愤怒、焦虑、抑郁、自我感觉负担^[7]。

1.1 怀疑否定

出于自我保护机制的作用, 最初被诊断为癌症的患者第一反应是对诊断的怀疑与否定。不相信诊断, 不相信医院, 进而发展到怀疑身边的每个人。为了获得一定的心理安慰, 处在这个状态的患者, 通过

到多家医院进行诊断以满足个人的逃避心理, 同时掩饰自己强烈的恐惧。

1.2 恐惧

恐惧是导致癌症患者心理障碍最主要的原因之一^[8], 是癌症患者较普遍存在的心理反应, 尤其是初诊病人。由于我国人群健康体检意识较差, 80% 以上的癌症患者被确诊时, 其病情已发展到中晚期^[7], 加之对于癌症认识的传统观念影响, 许多人仍然将癌症的诊断看作是死亡的同义语, 癌症是可怕的疾病, 从而产生强烈的恐惧感, 严重影响生活质量。

大量患者在未发现或未确诊阶段精神状态良好, 活动丝毫不受影响。但确诊后, 由于对癌症和死亡的恐惧, 其身心反应剧烈, 很快便无法正常工作生活, 甚至卧床不起, 需要家人和朋友的照顾^[9]。长时间的恐惧, 甚至超过癌症本身对患者的损害, 使病人出现急躁、心灰意懒、情绪消沉等心理反应, 继而出现失眠、食欲不振、全身乏力、植物神经紊乱等一系列躯体症状。由于很难摆脱恐惧的折磨, 甚至有些患者出现自损行为(自杀的念头与计划)。也有很多被误诊的患者, 由于对癌症的恐惧, 同样产生了类似癌症的症状, 严重影响生活质量。

1.3 抱怨愤怒

还有一部分患者在确诊后, 会出现抱怨、情绪暴躁等现象。认为社会对自己不公平, 让这么倒霉的病发生在自己的身上; 认为身边每个人都故意和自己

作对;每一件事都不顺心,稍遇挫折便大发雷霆。同时,晚期癌症病人70%的主要症状是疼痛^[6],在疼痛的作用下使患者更加烦躁、易怒。

怀疑、恐惧和愤怒往往出现在癌病患者病程的早中期。随着病程的发展,患者的心理负担也发生着变化,一些癌症患者渐渐地接受身患癌症这一现实,并开始积极地调整心态,乐观的面对生活,配合治疗;而另一些人心理压力越加重,继而出现焦虑、抑郁和自我感觉负担等心理问题。

1.4 焦虑:焦虑是癌症患者较常见的心理反应之一,多数患者在患病过程中都有所体验。由于对日后身体健康、生活能力、经济负担、家庭关系等各方面可能出现的问题担忧,而产生焦虑。患者的病情严重程度,如是否有疼痛^[6]、有无转移、早中期还是晚期,肿瘤的恶性程度,患者的职业、文化程度、家庭状况、年龄大小和经济情况都会影响到患者的焦虑程度。恐惧往往也是焦虑产生的原因,如果恐惧得不到及时有效地解除,会发展为无法克制的焦虑,如心悸、出汗、失眠、头痛、眩晕等,更加剧了患者的恐惧程度,认为是癌症本身导致了这些症状,继而出现行为失去控制,容易激动、缺乏耐心、发脾气、自责和谴责他人。

1.5 抑郁:有研究表明,对于癌症患者来说,使其对生活充满希望是增强其身心健康的关键因素^[10]。因此,癌症患者的生活质量和治疗效果可能受到抑郁的影响,大约 16~25%新确诊的癌症患者有抑郁或抑郁相关情绪调节紊乱^[11]。但由于对患者情绪低落、心境悲观、对生活绝望,自我评价降低、自我感觉不佳。

1.6 自我感觉负担(SPB)

患者在接受癌症的治疗过程中主要依靠家人及朋友提供帮助与支持,自觉给家人、朋友和同事带来身体、情感、心理及经济等方面的负面影响。研究癌症末期患者的精神压力时发现,感觉“对不起他人”或“不能做一个有用的人”是压力的重要来源^[12],患

者大多存在挫折感、无用感、内疚感和自责感。77.1%的患者感到对家庭照护者是一种负担,38%的患者 SPB 感受从中度到重度^[13]。文献显示^[13-17],自我感觉负担与“安乐死”及“自杀行为”相关。

2 改善癌症患者不良心理因素的方法

对于癌症患者而言,放化疗的副作用和各种心理问题的联合作用,使其生存质量和预后受到严重影响,通过对患有中、晚期癌症而康复良好、重返工作岗位的肿瘤病人进行研究,发现这些患者大多具有外向,善于宣泄自己负性情绪的个性特征^[18]。因此,在癌症治疗的全过程中,医疗机构、患者家属及患者本人不可单纯地重视手术、放化疗、生物疗法等医学治疗服务,也要重视改善癌症患者的心理状态,调整不良情绪。

2.1 医疗机构

2.1.1 有效开展健康教育,普及相关知识

调查显示,癌症患者最大需要是获得健康信息^[19-21]。患者及其家属作为主动获取知识动力较强的群体,成为健康教育的主体。但很多癌症患者还认为癌症就等于死亡、癌症只会给家人带来无尽的负担、反正癌症也治不好那就不治了任其发展等等错误的认识,因此作为具有专业知识的医务工作者,是健康知识最为权威的发布者,具有较强的说服力,有责任担当普及及癌症相关知识的责任,这将对癌症患者的生活质量和预后起到积极的促进作用。

2006 年世界卫生组织(WHO)已正式公布,将癌症纳入慢性病范畴,其发病过程与我们日常的三高症一样,并不像传染病那样通过细菌、病毒等病原体在短期内直接侵犯和破坏机体,而是通过中枢神经系统、内分泌系统和机体免疫系统缓慢作用于人体^[21]。这说明癌症的发生、发展过程是一个漫长过程。美国癌症学会提供的数据显示,癌症患者治疗后的 5 年生存率平均已达 65%;我国的一些发达地区也达到 50%左右^[22]。这说明大多数癌症患者的病程发展在时



间上也在不断延长。

作为慢性病,肿瘤临床工作的重心必须前移,预防重于治疗,改变不良生活习惯优于单纯医疗治疗。医护人员通过健康教育提高患者及其家属对于预防肿瘤的意识,传授有效的预防手段或技能,取得患者信任,积极配合治疗。同时要转变人们对于恶性肿瘤态度,不要谈癌色变,避之不及的态度,一经发现就要求医生不惜任何代价斩草除根。其实肿瘤细胞只是人体正常细胞的变异,由于各种因素的作用,使其出现无限增殖和广泛转移的特性。通过开展健康教育使患者认识到利用合理的治疗手段,减慢肿瘤细胞的增殖速度,降低其对身体的危害,是完全可以实现“带瘤生存”,提高个人生活质量的。

健康教育内容包括提供生命教育、癌症诊疗常识、防癌知识、如何去面对癌症,以及如何疏导情绪等。活动形式可以通过讲座、网络平台、科普视频、宣传栏、画册和病友沙龙等。活动对象既包括癌症患者也可包括其家人或照顾者。

2.1.2 提供心理辅导,缓解恐惧心理

癌症患者最大的问题是恐惧心理。由于将癌症与死亡等同看待,由于对死亡的恐惧,导致其产生焦虑、抑郁等心理问题。而医生是癌症患者最大的心理支柱,医护人员的一个笑容,一句肯定的话语都会给癌症患者以强大的信心,因此在健康教育的基础上,医务工作者有必要针对患者的各类心理问题开展心理康复治疗,帮助患者克服恐惧心理,配合治疗,提高个人生活质量。对于心理康复治疗,以往被认为是在常规手术、放、化疗以外的、附加的一种非必须方法^[23]。近年来的研究表明,这种干预的效果可以显著降低癌症患者的焦虑和抑郁等负性情绪,提高生活质量,延长生存期^[24],已逐渐成为癌症诊疗过程中的又一重要治疗手段。

心理康复治疗的形式:心理咨询、行为训练、认知疗法、音乐及艺术疗法和临终关怀等。通过这些形

式使患者减少对癌症的恐惧,明确良好心态在癌症治疗中的作用。在操作中,医务工作者可以通过生活中实例帮助患者克服恐惧,树立自信,鼓励患者积极面对每一天,摆脱癌症带给患者的阴影,让每一天都成为高质量、有意义的一天,使癌症患者真正做到有尊严的生活。

2.2 患者及其家属

2.2.1 主动学习,辨别健康信息的真伪

绝大多数癌症患者及其家属在接受医疗机构传播的知识外,还具有较强的自主学习能力。现代社会信息获取渠道的多样化,个体可以通过亲朋、书报、电视、广播和网络获得大量信息,使患者及其家属可以根据个人情况进一步获取相关的知识。但我国目前在健康信息的传播过程中,存在着良莠不齐的现象,因此患者及家属要掌握一定辨别相关信息真伪的能力。

首先,要看信息发布的目的。很多保健品、理疗器和私人门诊打着健康教育或知识宣传的名义做广告。这些信息的特点是在用大量篇幅宣传癌症相关知识,接下来举出各种实例,说明某某患者通过该产品或该机构的治疗取得奇效,恢复健康。这样的以获利为目的,传播癌症相关知识的信息往往存在着问题。

其次,要看信息发布者。目前,我国放开图书出版的限制,致使图书市场尤其是医疗健康图书市场存在着很大的隐患,很多作者在未经考证或拼凑其他书籍的情况下出版各种名头的保健书籍。因此,癌症患者及家属在选择图书时,要看书籍的作者是不是长期从事肿瘤治疗方面的专家,同时要看出版社是否为国家正规出版社,正规出版社对作者的要求和图书信息的质量把关较严格,值得信赖。对于网络资源,同样要看清发布者。

再次,对于非医学专业亲朋传递的信息,不可全听全信。亲朋出于对患者的关心,会通过各种渠道打听与癌症相关的信息,由于缺乏专业的判别能力,对

信息的筛选能力较弱,会将听到的全部信息传递给患者。加之,社会上很多人还认为得了癌症诊断就象征着死亡宣判,在沟通过程中,甚至将这种情绪带到信息传递的过程之中,对听到的信息进行无意识的加工,导致信息的进一步失真。因此,在与交流的过程中,对这部分信息要加以筛选。

最后,在对于难以鉴别真伪的信息,尽量与医生进行沟通,让医疗机构帮助分辨。

2.2.2 克服恐惧,树立信心

很多患者对癌症的恐惧,来源于对死亡的恐惧。因此前面提到癌症是可防制的慢性病,这一新观念的普及对患者克服恐惧心理有着极其重要的作用。随着现代医学的发展,曾经引起人们恐惧的疾病被有效的加以控制,并渐渐地被人们所认识,恐惧感也随之消失。癌症患者及其家属有必要积极学习癌症相关知识,调整心态,建立信心,正确理解癌症是慢性病的观念,配合治疗,通过建立健康的生活习惯和积极治疗,有效地控制肿瘤细胞的发展,从而提高个体的生活质量,实现与癌共生的最佳状态。

患者家属是癌症患者最亲近的人,也是帮助患者树立信心的最佳人选。在癌症患者日常生活中,患者家属是陪伴他时间最长的人。除了照顾他的日常起居外,患者家属还要积极鼓励患者,陪患者一同学习相关健康知识,鼓励患者从家中走出去。甚至鼓励患者参加病友会,通过病友间的交流使患者正视癌症,放下心中的包袱。如现任苹果公司总裁乔布斯先生就是一个很好的例子,他在身患胰腺癌的情况下,积极治疗,乐观面对生活,至今仍活跃在世界商业舞台之上,并起到了举足轻重的作用。

2.2.3 自立生活,寻求支持

在对癌症患者的调查^[20]中发现 91% 的患者感到医疗状况是导致家人压力的原因,65% 的患者认为自己对家人是一个负担,48% 的患者认为压力来自于医疗导致的经济困境。我国是以家庭为中心的生

活模式,患者的自责感更加强烈,家人和朋友越是投入精力照顾,患者本人的自责感就越是强烈,这使中国成为世界上癌症患者自杀率最高的国家之一,其自杀行为的重要原因是“自感负担重不愿拖累家庭”^[7]。

患者家属在照顾癌症患者的时候,也应该与其平等交流,不要事先将其定位,看成是重病人,而剥夺他的权力,事无巨细照顾。要给予患者足够的空间,鼓励他做一些力所能及的事,积极参与自身照护,解决身边实际问题,在与医生充分沟通的前提下,鼓励他积极参与社会活动与交往,使病人实现自我价值,满足他的社会归属感。

患者也要安慰家人和朋友,以减轻亲朋的情感压力,鼓励他们继续参与社会活动,使家人暂时脱离照护角色,从而降低自我感受负担。积极主动地降低家人和朋友的情感及体力负担,有时可以放弃或减少个人需求,尽量不打扰他人,试着自己解决问题等。尽管这样做会引起身体的不适,但患者会感觉到自身的意义,增加控制感,减少无助感。

2.2.4 明确目标,快乐生活

希望本身就是一剂良药,放松却是最好的疗法^[20]。乐观的心态不仅是预防癌症的良方,也是提高癌症患者生活质量和预后的最佳方法。在了解癌症的基本知识、克服恐惧和实现自我价值的基础上,患者家属应尽量协助患者确立人生目标,帮助实现个人梦想。癌症晚期患者较多见的人生梦想有如下四个方面:

第一,过自己真正想要的生活。在健康的时候,人们更加关注别人对个人的看法,在生活中往往是按照别人希望的方式生活。在这个阶段,家属要与患者积极沟通,鼓励他放下一切羁绊,去实现自己的人生,并协助患者实现自己的人生追求。

第二,勇敢地表达自己的感受。中华民族是一个内敛的民族,因此我们不太善于表达感情。而癌症晚



期患者,往往会感到内心深处有很多未表达的感情,而感到愧疚。因此,家属要了解患者在哪些事上,对哪些人还有怎样的感受还没有表达,积极地帮助他将这些情感表达出来。

第三,能和多年未见的朋友们见面。在条件允许的情况下,患者家属可以和患者沟通,帮助他们找到这些老朋友,和他们见见面,哪怕是通个电话,同样会对患者起到安慰作用。

第四,能让自己活得开心点儿。在日常的生活中,由于各种名利得失等原因,各种条件的束缚,甚至因为面子患者无法开心地面对生活。这个阶段,患者家属应该放下担子和患者一同享受生活,寻找生活中的快乐,保持阳光快乐的心态,以提高生活质量。

患者在这个阶段要实现梦想根据个人情况不同可能还会有很多,如一直向往的地方,一直想吃的美食等等。但最终要让患者活得有意义,让每一天都成为充实、高质量的时光,让癌症患者真正有尊严地生存。

综上所述,不良心理因素与癌症的发生发展有密切的联系,提示广大医务工作者随着医学模式由单纯的生物医学模式向生物-心理-社会医学模式的转换,在癌症的预防和治疗工作中除了重视生物,理化因素外,还应注意心理社会因素对癌症发生发展的影响。在日常生活中,患者应尽量避免不良刺激,营造一个舒适安宁的环境;学会有意识地控制自己的消极情绪,改变不良的生活方式和工作方式,对预防肿瘤的发生发展将会起到有益的作用。

参考文献

[1] 于正洪,杨继红.心理因素与癌症的发生、发展及其转归[J].中国临床康复,2006,10(30):137-139.
[2] 于丽萍,王永刚,张欣等.癌症病人的心理治疗[J].医用放射技术杂志,2004,26(5):92-93.
[3] 张付全,唐秋萍.癌症患者的心理康复[J].现代预防医学,中国康复医学杂志,2003,18(12):770-772.
[4] 曾庆勇.心理因素在癌症发病与预防中的作用[J].重庆医学,2008,37(5):554-555.
[5] 贾镭,姜达.心理社会因素对恶性肿瘤的影响[J].中国肿瘤,

2004,13(4):224-226.

[6] 阳锡洲,贺达仁,蔡太生.中末期癌症病人诊治中的心理特征与人文关怀[J].医学与哲学,2005,26(7):59-60

[7] 田秀丽,刘化侠,柴士美.晚期癌症患者自我感受负担的研究进展[J].中华护理杂志,2008,43(10):955-958.

[8] 陈德凤,朱以芳,杨洁凌.癌症患者手术前后焦虑和抑郁心理反应调查[J].中国临床康复,2002,6(16):2417.

[9] 麦桃香,吴娜影,谢春梅等.癌症患者疼痛和社会心理状况的调查研究[J].实用医学杂志,2008,24(1):133-135

[10] 裘佳佳,胡雁.癌症患者社会支持评定工具的应用研究.中国行为医学科学,2006,15:1055.1056.

[11] 刘勇,王羽丰,宋琳婧.癌症患者抑郁情绪研究进展[J].中国行为医学科学,2007,16(11):1054-1056

[12] Kawa M, Kayama M, Maeyama E, et al. Distress of inpatients with terminal cancer in Japanese palliative care units: from the viewpoint of spirituality[J]. Support Care Cancer, 2003, 11: 481-490.

[13] Wilson K, Curran D. A burden to Others: a common source of distress for the terminally ill[J]. Cogn Behav Ther, 2005, 34(2): 115-123

[14] 我国每年新增癌症患者近 200 万 [EB/OL]. [2006-12-11] <http://health.people.com.cn>

[15] 刘爱琴,陈小红,吴美华住院化疗的癌症患者主要照顾者心理状况分析[J].中华护理杂志,2006,41(3):224-226

[16] McPherson CJ, Wilson KG. Feeling like a burden to others: a systematic review focusing on the end of life [J]. Palliative Medicine, 2007, 21(10): 115-128.

[17] 彭金莲,张秀兰,詹凤球等.住院晚期癌症患者自杀行为的分析与安全管理对策 [J]. 热带医学杂志, 2005, 5(4): 549-551.

[18] 娄书花,郝玉凤,马冬萍.心理治疗对癌症化疗患者焦虑及胃肠反应影响的临床研究[J].中国康复医学杂志,2005,20(8):604-605

[19] 郑瑾,孙田杰,沙儒等. 317 例癌症病人身心需要的调查 [J]. 中华护理杂志, 2004, 39(8): 585-587

[20] 张惠兰,陈荣秀主编.肿瘤护理学[M].天津:天津科学技术出版社.2000.

[21] 刘艳,林文娟,刘新帆等.心理行为干预对乳腺癌患者情绪反应及免疫功能的影响[J].心理学报,2001,33(5):137-141.

[22] 陈正堂. 癌症是可防制的慢性病 [J]. 重庆医学, 2007, 36(20): 2023.

[23] Edmonds CV, Lockwood GA, Cunningham AJ. Psychological response to long-term group therapy: a randomized trial with metastatic breast cancer patients. Psycho-Oncology, 1999, 8(1): 74-91

[24] 王建平,林文娟.癌症患者心理干预新进展[J].国外医学肿瘤学分册.2000,27(5):298-300

[25] Ganzini L, Beer TM, Brouns M, et al. Interest in physician-assisted suicide among Oregon cancer patients [J]. Journal of Clinical Ethics, 2006, 17: 27-28.

[26] 徐光炜主编.肿瘤可防可治(第二版) [M].北京:人民卫生出版社.2007.