

in COPD patients participating in pulmonary rehabilitation[J]. COPD, 2012, 9(1): 12-15.

[12] 柴晶晶,柳涛,蔡柏嵩. 慢性阻塞性肺疾病评估测试中文版临床应用意义的评价[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2011, 34(4): 256-258.

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.01.052 (收稿日期:2014-08-16 修回日期:2014-10-20)

老年慢性阻塞性肺疾病患者应对与心理调适的关系*

李艳玲¹,张海松^{2△},石丽娜¹,王 颖¹,冯翠娜³
(河北大学附属医院:1. 中西医结合科;2. 院长办公室;3. 心血管内科,河北保定 071000)

中图分类号:R563.9 文献标识码:C 文章编号:1671-8348(2015)01-0138-03

慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary disease,COPD)是一种具有气流受限特征的肺部疾病,大多中年以后发病,其症状干扰生活的各个方面,呼吸困难和疲劳是主要问题领域,重度 COPD 患者可能引发抑郁、孤僻、焦虑或恐惧等心理障碍,严重威胁患者生活。将慢性疾病评价作为挑战意味着应对努力的开始,应对是指当个体外在、内在耗损超过个人资源所能负荷的状况时,个体会改变认知与行动来符合其认知、行为及情感的改变,并试着控制环境或内在压力源的自我调试过程^[1]。如果个体将潜在风险事件评估为压力,将引起应激反应。有关应对与压力的研究表明采用回避应对将增强心理困扰。江雅惠^[2]论文中提到发现癌症、高血压、糖尿病、类风湿性关节炎患者认知重建的应对机制与良好的心理调适相关,而幻想、情感表达、自责等应对机制与较差的心理调适相关。但有关 COPD 老年患者应对和心理调适的文献资料有限,本研究旨在了解 COPD 患者应对与心理调适状况,并探讨二者之间的关系,为卫生专业人员实施心理干预提供参考和依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用便利取样法,选取 2011 年 9 月至 2012 年 5 月某市一所三甲医院呼吸内科住院的中重度 COPD 患者 106 例,男 66 例,女 40 例,调查对象平均年龄(71.23±4.64)岁;文化程度:小学及以下 58 例(54.7%),初中或高中 28 例(26.4%),大专及以上 20 例(18.9%)。患病时间(15.6±10.2)年,67.9% 为 5 年前确诊。本研究共发放调查问卷 120 份,回收有效问卷 106 份,有效问卷回收率为 88.33%。纳入标准:(1)符合全球慢性阻塞性肺疾病防治倡议(GOLD)中重度 COPD 诊断标准;(2)病情呈稳定状态,未急性发作;(3)年龄大于或等于 60 岁;(4)意识清楚,理解表达能力正常;(5)知情同意,自愿参加。排除标准:(1)患有其他主要的躯体或心理疾病(如神经、脑血管疾病,癌症,精神分裂症、抑郁症等);(2)患有影响日常活动的其他疾病(如心、肌肉、关节及血管性疾病)。

1.2 方法

1.2.1 调查工具

1.2.1.1 肺功能状态与呼吸困难问卷-修订版(modified pulmonary functional status and dyspnea questionnaire,PFSDQ~

M)^[3] PFSDQ 系 Lareau 于 1994 年研制,修订后形成 PFSDQ~M,包含 40 个条目,3 个维度:活动、呼吸困难和疲乏。每条目赋 0~10 分,3 个维度总分范围为 0~100 分,平均分=总分/实际从事的日常活动种类数。活动部分用来评估患者自患病后 10 项日常活动的改变情况;呼吸困难部分用来评估进行上述 10 项活动后患者呼吸困难的强度和频率;疲乏部分评估患者进行这 10 项活动后疲乏的程度和频率,3 个分量表的内部一致性信度为 0.93~0.95,重测信度 0.70~0.83。同时,因子分析的结果验证了 3 个分量表的结构效度,表明三部分是相互独立的。PFSDQ~M 可同时测量 COPD 患者活动相关的呼吸困难和疲乏程度。

1.2.1.2 修订版 Jalowiec 应对量表(modified jalowiec coping scale,MJCS)^[4] Jalowiec 于 1987 年发展 Jalowiec 应对量表,用于评估应对策略的应用及效果,包括 60 个条目,每一条目代表 1 个应对策略,归类为 8 种应对方式:面对、逃避、乐观、宿命论、情绪化、缓和性、支持性、自我依赖。例如:应对策略“让时间解决问题”、“比平常睡眠多”均属于逃避性应对方式;应对策略“做喜欢的事情分散注意力”、“喝点饮料使自己感觉舒服”、“使用放松技巧”均属于缓和性应对方式;“与家人或朋友谈论问题”属于支持性应对方式。1997 年,Herbert 及 Gregor 进一步将量表修订,8 种应对方式划分为问题-取向(面对、支持性)及情绪-取向(逃避、乐观、宿命论、情绪化、缓和性、自我依赖)两大类,每一条目采用李克特量表,0 为从未应用,3 为经常应用。应对策略的有效性采用 4 点计分,0 为无效,3 为非常有效。得分越高表明应对策略应用越频繁,感知有效性越大。MJCS 的克隆巴赫系数为 0.88~0.93。

1.2.1.3 心理社会调试疾病自我报告量表(psychosocial adjustment to illness scale self report,PAIS-SR)^[4] 此量表是 Derogatis 于 1990 年在 PAIS 的基础上研制设计的,用于评估疾病的心理和社会适应状况。包括 46 个有效条目,7 个领域:保健取向、职业环境、家庭环境、性关系、扩展的家庭关系、社会环境、心理困扰。4 点计分(0~3 分),得分越高,心理调适越差。

1.3 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计软件进行分析,对关键变量进行统计学描述,应用独立样本 t 检验探讨研究对象肺功能状态、症状、心理调适及社会人口学变量的组别差异,应用

* 基金项目:河北大学附属医院护理科研基金项目(2012-09)。 作者简介:李艳玲(1978—),副主任护师,硕士,主要从事老年护理学研究。
△ 通讯作者,Tel:13333221566;Email:hdfyzhs@sina.com。

Pearson 相关分析对应对策略与心理调适之间关系进行研究, 检验水准 $\alpha=0.05$, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 患者呼吸困难及疲乏症状 所有研究对象报告均经历过呼吸困难, 从“严重”到“非常严重”的呼吸困难发作频率为1~30 次/月, 平均(9.86±7.23)次。3 项最易引发呼吸困难的活动是“在斜坡上步行”、“在崎岖路面上步行”、“爬 3 级楼梯”。与 10 项活动有关的呼吸困难得分具体见表 1。所有研究对象报告均经历过疲劳, 从“严重”到“非常严重”的疲劳发作频率为1~30 次/月, 平均(9.74±7.35)次。3 项最易引发疲劳的活动是“在斜坡上步行”、“在崎岖路面上步行”、“爬 3 级楼梯”。与 10 项活动有关的疲劳得分具体见表 1。

表 1 患者 PFSDQ-M 得分状况($\bar{x}\pm s$, 分)		
活动项目	呼吸困难	疲劳
刷牙/梳理头发	2.99±2.44	2.68±2.34
穿衣服	3.88±2.49	3.68±2.53
洗头发	7.09±2.43	6.88±2.42
淋浴	7.67±2.01	7.51±2.02
举臂过头	6.17±2.40	6.30±2.45
准备简单食物(如一份点心)	6.35±2.38	6.26±2.56
步行 3 米	6.46±2.32	6.52±2.56
在斜坡上步行	7.95±1.92	7.77±1.69
在崎岖路面上步行	7.79±1.93	7.63±1.92
爬 3 级楼梯	7.71±1.96	7.49±2.14
总分	65.89±19.23	64.63±19.98

2.2 患者应对状况 患者最常用的 5 项应对策略是“让时间解决问题”[(2.45±0.58)分]、“比平常睡眠多”[(2.38±0.67)分]、“做喜欢的事情分散注意力”[(2.29±0.56)分]、“喝点饮料使自己感觉舒服”[(2.19±0.63)分]、“与家人或朋友谈论问题”[(2.12±0.71)分]。可见患者最常用的应对方式是逃避性、缓和性及支持性应对方式。患者感知最有效的 5 项应对策略“与家人或朋友谈论问题”[(2.32±0.84)分]、“让时间解决问题”[(2.25±0.83)分]、“做喜欢的事情分散注意力”[(2.16±0.76)分]、“使用放松技巧”[(2.12±0.81)分]、“比平常睡眠多”[(2.08±0.76)分]。可见患者感知 3 种最有效的应对方式是支持性、缓和性、逃避性应对方式。具体应对得分状况见表 2。

2.3 患者心理调适状况 PAIS-SR 得分为(73.56±18.99)分, 得分范围 35~110(总分 0~138 分)。得分越高, 心理调适越差。家庭环境[(2.51±0.58)分]、性关系[(2.13±0.62)分]、社会环境[(1.96±0.64)分]是受影响最大的心理领域。

2.4 应对与心理调试的相关性分析

2.4.1 感知应对策略应用频率总分与心理调适的相关性 感知应对策略中, 面对($r=-0.39$)、缓和性($r=-0.29$)、乐观($r=-0.35$)、自我依赖($r=-0.26$)的应用频率与心理调适呈负相关($P<0.05$), 表明这些应对方式越少应用, 心理调适状况越差。

2.4.2 感知应对策略应用效果总分与心理调适的相关性 感知应对策略中, 面对($r=-0.38$)、乐观($r=-0.30$)的应用效

果与心理调适呈负相关($P<0.05$), 表明感知这些应对方式效果越差, 心理调适状况越差。

表 2 患者应对方式得分状况($\bar{x}\pm s$, 分)		
应对方式	应用频繁性	应用有效性
问题-取向	1.51±0.53	1.61±0.51
面对	1.43±0.49	1.45±0.43
支持性	1.58±0.56	1.76±0.58
情绪-取向	1.55±0.50	1.49±0.42
逃避性	1.76±0.62	1.56±0.43
缓和性	1.63±0.58	1.65±0.45
乐观	1.52±0.56	1.48±0.45
宿命论	1.51±0.53	1.51±0.43
自我依赖	1.47±0.51	1.39±0.39
情绪化	1.38±0.54	1.33±0.34

3 讨 论

3.1 老年 COPD 患者呼吸困难和疲乏 由于疾病本身和(或)因治疗而起的各种症状使患者的功能状态受到影响。本研究中的老年 COPD 患者呼吸困难和疲乏得分均高, 这与以往研究中 COPD 患者最感困扰的症状是呼吸困难和疲劳的结论一致^[2]。患者描述呼吸困难症状是吸不到气、费力呼吸或呼吸急促, 此呼吸形态增加患者耗氧量, 而呼吸困难与疲劳症状密不可分, 且活动强度越大, 呼吸困难与疲劳症状越明显。COPD 患者常因以上症状而拒绝适当的活动, 由此形成恶性循环, 患者活动耐力下降, 呼吸困难更严重^[5]。什么样的活动最适宜, 应该成为 COPD 康复医疗举措的出发点。

3.2 老年 COPD 患者应对状况 应对指管理具体情境时的行为或认知努力, 是对个体适应能力的评价。本研究中情绪-取向与问题-取向的应对策略均被采用, 2 种方式不能简单确定孰优孰劣, 应以应用效果的长期或短期来评价, 短期效果指帮助个体减轻特定情境的压力, 调节压力引起的情绪反应; 长期效果包括个体健康与社会功能得以维持或提升, 这也是未来研究关注的内容。本研究中最常用的应对方式是逃避性、缓和性及支持性。

逃避性、缓和性应对属于情绪-取向应对。逃避性应对与悲观、绝望、难以控制局势相关, 而缓和性应对与使人感觉舒服试图减缓困扰相关。支持型应对即应用个人、专业及精神支持体系, 被视为积极地问题-取向应对策略。家人或朋友是缓解患者困扰的重要人员, 通过寻求帮助解决了困惑或困难的患者, 在随后的阶段会积极采用这种应对方式。患者感知最有效的是支持性、缓和性、逃避性 3 种应对方式。支持性应对方式使患者对未来抱有巨大希望, 积极配合治疗, 这些正性的积极的行为利于保持平稳的心态, 是应对心理应激的良好方法。缓和性应对方式是患者采取一些能减轻或控制痛苦的行为, 使自己感觉好些。逃避性应对方式, 是当患者感觉无力把握事态发展时采取的消极应对, 以寻求暂时的解脱。当面对压力时, 若不能通过有效的途径寻求帮助解决问题, 患者会逐渐丧失求助信心, 产生对疾病无能为力, 听天由命的想法, 从而倾向于选择逃避现实等情绪-取向应对。

3.3 老年 COPD 患者心理调适 COPD 带给患者精神相当大负担, 尤其是家庭角色已经改变, 患者察觉自己无法满足家庭需求, 变为被照护者角色时。家庭成员背负照护 COPD 患者

负担,家庭关系容易变得紧张,患者的无价值感、低自尊、抑郁非常常见。肺功能受损导致呼吸急促、疲倦,随着病情进展,性功能下降。对窒息的恐惧导致的焦虑以及劳力性呼吸困难使患者性活动无耐力,同时肺功能障碍加剧了性功能障碍,削弱夫妻之间的亲密关系,性活动的质量和数量对 COPD 患者心理幸福感具有强烈影响。功能障碍影响生活的方方面面,包括社会交往、参与娱乐和消遣^[6]。老年 COPD 患者表现出社会角色缺失倾向,变得退缩和孤立。尤其健康状况不佳的高龄患者在适应社会环境方面有更多困难,因为他们不仅面临疾病导致的功能障碍,而且面临朋友的缺失,这种心理反应导致个体社会孤立和抑郁。

3.4 应对与心理调适的相关性 老年 COPD 患者应对和心理调适过程是复杂的,Lazarus 和 Folkman 提出的压力、应对、适应的认知模型表明:事件是否产生压力决定于事件与个体之间的互动,而非事件本身。个体-环境的互动由个体的认知评价、应对资源的可利用性来调节。应对资源与有效应对相关,包括积极的自我信念、强烈的控制感及社会支持。应对良好表现在社会功能的适应、较高的生活满意度及躯体健康。应对策略的感知应用频率与有效性代表应对的 2 个不同领域,应对活动复杂多样,受个性、情境等因素影响,应对策略不同,心理调适效果不同,患者感知面对、支持的问题取向应对更能增强配合治疗的信心,调动积极的心理潜能。以往文献显示家人的情绪支持与鼓励让患者产生安全感,继而减轻焦虑抑郁等情绪困扰^[5]。

本文研究结果提示护理人员在提高患者家庭支持的同时,也要提高其利用家庭支持的能力,从而使周围的可利用资源发

挥最大作用,以维持较好的心理健康水平。同时,加强卫生专业人员对老年 COPD 患者应对和心理调适过程的理解有助于制定 COPD 个体化教育方案,满足患者个性化需求。此外,卫生专业人员应协助患者利用自身能力应对压力和现存的问题,最大限度地增进健康和提高自我护理能力和对疾病的心理调适能力,消除疾病影响。

参考文献:

[1] 邓国金,钟清玲,陈婧,等. 阶段性护理干预对慢性阻塞性肺疾病患者疲劳的影响[J]. 重庆医学,2013,42(7):834-835.

[2] 江雅惠. 慢性阻塞性肺疾病患者呼吸困难感受与应对之经验[D]. 高雄:台湾辅英科技大学,2009.

[3] 郭爱敏. 慢性阻塞性肺疾病患者稳定期的功能状态及其相关因素[D]. 北京:北京协和医学院,2010.

[4] 李菁,李峥. 喉癌患者术后的适应性研究[J]. 护理学杂志,2006,21(14):75-78.

[5] 李荣华,陈琪尔,万丽红. 慢性阻塞性肺疾病患者生存质量与应对方式的相关性研究[J]. 护理学报,2012,19(8):71-74.

[6] 郭爱敏,韩江娜,王萍,等. 慢性阻塞性肺疾病患者日常生活状况及相关因素分析[J]. 中华护理杂志,2010,45(5):409-412.

(收稿日期:2014-08-07 修回日期:2014-10-18)

(上接第 133 页)

领域还处于不断完善的过程中,有一些问题还需要专家们集思广益,讨论斟酌。现就本实验室申请认可及日常工作中遇到的问题陈述如下。

6.1 关于内审员的思考 《认可准则》4.14.2 条款规定:“应由质量主管或指定的有资格人员负责正式策划、组织并实施审核。员工不应审核自己的工作”。技术人员经过培训取得内审员证后,即有基本资格参与实验室内部审核活动。但各专业特点鲜明,不是本专业工作年限较长的高年资技术人员,难以发现真正存在的问题,尤其是微生物专业,所以“员工不应该审核自己的工作”在实际内审工作中很难做到。而外部评审,比如 CNAS 组织的现场评审,每个专业的技术评审员都是相应专业领域的专家,同样也是审核本专业存在的问题,为何内审员不能审核自己的工作呢?

6.2 关于测量不确定度的思考 临床实验室的常规检测结果只是一个统计上的抽样值,根本不符合不确定度定义中对测量的要求。由于临床常规检验的特性和存在的严重局限性,导致不确定度难以、也不应在常规检验结果中予以贯彻实施^[8]。不确定度的计算基于某段时间室内质控的标准差和校准物质所固有的偏差,由于每个时间段室内质控的标准差不固定,而校准物质的偏差也不固定,所以不确定度并不是一个固定的值。如果在患者检验报告中标注不确定度,只会给临床医师和患者带来困惑,而且患者也不容易明白。所以关于医学实验室测量不确定,是否还有再讨论和商榷的空间。

参考文献:

[1] 中国合格评定国家认可委员会. CNAS-CL02 医学实验室

质量和能力认可准则(ISO15189:2007)[S]. 北京:中国标准出版社,2008.

[2] Beastall GH. Adding value to laboratory medicine; a professional responsibility[J]. Clin Chem Lab Med,2013,51(1):221-227.

[3] 李金明,申子瑜. 正确认识临床实验室认可与提高检验质量之间的关系[J]. 中华检验医学杂志,2007,30(2):136-139.

[4] 中国合格评定国家认可委员会. CNAS-CL43 医学实验室质量和能力认可准则在临床血液学检验领域的应用说明(ISO15189:2011)[S]. 北京:中国标准出版社,2012.

[5] 中国合格评定国家认可委员会. CNAS-CL41 医学实验室质量和能力认可准则在体液学检验领域的应用说明(ISO15189:2011)[S]. 北京:中国标准出版社,2012.

[6] Schürer-Maly C, Wood WG, Falbo R, et al. An educational web-based external quality assessment outcome and evaluation: first experiences with urinary sediment and hemostaseology[J]. Clin Lab,2013,59(9/10):1061-1069.

[7] 马聪,马学斌,荣杨,等. 我院检验科质量管理体系岗位设置探讨[J]. 中华医院管理杂志,2012,28(2):127-129.

[8] 冯仁丰. 临床常规检验结果是否必须引入不确定度?[J]. 临床检验杂志,2012,30(10):739-741.

(收稿日期:2014-08-15 修回日期:2014-10-21)