

叙事医学模式在与低学历癌症患者沟通中的应用

彭兰雅¹, 李建^{1*}, 陈雪², 肖阳¹, 刘敏¹, 刘启望¹, 冉隆耀¹, 彭一¹

(1. 四川大学华西医院, 四川 成都 610041;

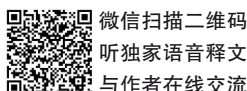
2. 西南医科大学, 四川 泸州 646000

*通信作者: 李建, E-mail: 409891815@qq.com)

【摘要】目的 探讨叙事医学模式在与低学历癌症患者沟通中的应用价值。**方法** 回顾性分析 2019 年 3 月-2020 年 4 月在四川大学华西医院住院的低学历癌症患者 80 例, 采用随机数字表法分为观察组和对照组各 40 例。对照组接受常规护理干预, 观察组接受叙事医学护理模式干预, 两组均连续干预 6 个月。于干预前后对两组患者进行焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)、Morisky 用药依从性问卷(MMAS-8)、社会支持评定量表(SSRS)和自拟疾病掌握与认知状况调查表评定。**结果** 干预后, 观察组 SAS 和 SDS 评分均低于对照组($t=7.493, 8.314, P<0.01$), 服药依从性高于对照组($\chi^2=4.012, P=0.045$), SSRS 各维度评分及总评分均高于对照组($t=2.198, 7.548, 2.664, 4.248, P<0.05$ 或 0.01); 观察组对疾病知识掌握率和认知行为良好率均高于对照组($\chi^2=4.588, 5.541, P<0.05$)。**结论** 叙事医学模式应用于与低学历癌症患者的沟通中, 有助于改善患者负性情绪、提高社会支持度及对疾病知识掌握与认知水平。

【关键词】 叙事医学模式; 低学历; 癌症; 社会支持度

开放科学(资源服务)标识码(OSID):



微信扫码二维码

听独家语音释文

与作者在线交流

中图分类号: R749

文献标识码: A

doi: 10.11886/scjsws20201207001

Application of narrative medical model in communication with cancer patients with low education level

Peng Lanya¹, Li Jian^{1*}, Chen Xue², Xiao Yang¹, Liu Min¹, Liu Qiwang¹, Ran Longyao¹, Peng Yi¹

(1. West China Hospital, Sichuan University, Chengdu 610041, China;

2. Southwest Medical University, Luzhou 646000, China

*Corresponding author: Li Jian, E-mail: 409891815@qq.com)

【Abstract】 Objective To investigate the application value of narrative medical model in communication with cancer patients with low education level. **Methods** Retrospective analysis was performed on 80 cancer patients with low education level who were hospitalized in West China Hospital of Sichuan University from March 2019 to April 2020. They were randomly divided into control group ($n=40$) and observation group ($n=40$). The control group received conventional nursing intervention, while the observation group received narrative medical nursing mode intervention. Both groups received intervention for 6 months. The Self-rating Anxiety Scale (SAS), Self-rating Depression Scale (SDS), Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8), Social Support Rating Scale (SSRS) and self-designed knowledge of the disease and cognition questionnaire were used for evaluation before and after intervention. **Results** After intervention, the SAS and SDS scores of observation group were lower than those of control group ($t=7.493, 8.314, P<0.01$). After intervention, medication compliance of observation group was higher than that of control group ($\chi^2=4.012, P=0.045$). SSRS subscale score and total score were higher than those in control group ($t=2.198, 7.548, 2.664, 4.248, P<0.05$ or 0.01). After intervention, the mastery rate of knowledge about the disease and the excellent and good rate of cognitive behavior in observation group were higher than those in control group ($\chi^2=4.588, 5.541, P<0.05$). **Conclusion** The narrative medical model is of certain application value in communication with cancer patients with low education level. It can better improve the patients' negative emotions, social support, and knowledge and cognition of the disease.

【Keywords】 Narrative medical model; Low education level; Cancer; Social support

癌症是危害中国居民健康的主要疾病之一^[1]。

基金项目: 四川省科技厅重点研发项目(项目名称: CYP2F4 作为胃癌化疗耐药的预测指标及其介导化疗耐药的机制研究, 项目编号: 2021YFS0111)

在临床实践中, 低学历癌症患者因对疾病认识不足, 在诊断后往往难以接受, 治疗依从性差。治疗过程中的医患沟通质效对患者诊疗配合度具有重要作用。国内调查显示, 我国临床医生医患沟通技能明显低

于发达国家水平^[2]。提示医院管理者需强化医生提高此方面能力的意识,加强培训,提高医患沟通技能水平。“叙事医学”作为一种新型医疗模式,是由具有叙事能力的临床医护人员经“吸收、解释、回应患者的故事及困境”,为患者提供充满尊重、共情及生机的医疗护理^[3]。“叙事医学”最早由美国护理教育家提出,目前已广泛应用于多个国家的护理领域中^[4]。近年来,我国医患沟通的实践和理论研究引入人文科学理念,叙事医学护理模式在医患沟通中的价值逐渐受到临床医护人员的重视^[5-7],但叙事医学护理模式在低学历癌症患者医患沟通中应用甚少。本研究探讨叙事医学模式在与低学历癌症患者医患沟通中的现实意义和推广价值。

1 对象与方法

1.1 对象

回顾性分析 2019 年 3 月-2020 年 4 月在四川大学

华西医院住院的低学历癌症患者。入组标准:①患者均经病理确诊为恶性肿瘤并接受手术及相关化疗治疗,入组时无严重威胁生命健康的并发症;②对本研究知情同意并自愿参加;③受教育程度为高中及以下,无沟通障碍,无精神病史。排除标准:①正在服用抗精神病药物者;②不配合本研究或中途退出者;③合并认知障碍者。符合入组标准且不符合排除标准共 80 例,采用随机数字表法分为观察组和对照组各 40 例。

1.2 干预方法

由 10 名医护人员组成干预团队,每组干预团队包括 1 名主治医师、1 名护士长和 3 名责任护士。对照组接受恶性肿瘤的专科常规护理干预:首先由护理人员介绍住院环境和主管医护人员,并告知患者疾病相关知识、诊疗目的、并发症预防、化疗药物副作用和饮食注意事项等。观察组接受叙事医学护理模式干预,见表 1。两组患者均连续干预 6 个月。

表 1 叙事医学护理模式

| | 护士 | 医师 |
|------|--|--|
| 首次入院 | ①健康宣教(包括防跌倒、病房管理等),让患者感受到被关怀; ②积极进行护患沟通,了解患者的年龄、现居地、工作性质、岗位、家庭成员、教育经历等情况; ③介绍病房环境及对接医务人员情况,建立沟通基础 | ①了解患者病史(现病史、既往史、过敏史等); ②交待目前患者病情; ③引导患者讲出自己内心真实感受,倾听患者讲述疾病发现与诊疗经过,了解患者对自己的疾病知晓程度、疾病所带来的感受与所担心的问题; ④结合辅助检查,沟通疾病进展情况; ⑤引导并纠正患者的不正确认识,探讨下一步治疗方案 |
| 再次入院 | ①健康宣教; ②关注患者情绪改变,耐心倾听患者的意见; ③让患者讲述在控制疾病中与家人之间的故事,写下对自己、亲属及医护人员想要说的话,促进其释放情绪,增强信心,并了解患者与家属之间的关系,鼓励家属积极参与到患者疾病预防和护理干预中 | ①结合病史及检查结果,交待目前患者病情,引导患者讲出因为疾病变化而产生的心理变化; ②关注患者情绪改变,探讨下一步治疗方案; ③选择身边典型抗癌成功案例分享给患者,帮助患者树立战胜疾病与坚持治疗的信心 |

1.3 评定工具

采用焦虑自评量表(Self-rating Anxiety Scale, SAS)和抑郁自评量表(Self-rating Depression Scale, SDS)评定患者的焦虑抑郁情绪。SAS 和 SDS 均包括 20 个条目,采用 1~4 分 4 级评分,各条目评分之和为总粗分,总粗分乘以 1.25 后取整数部分为标准分。界值分别为 50 分、53 分,评分越高,焦虑和抑郁情绪越严重。

采用 Morisky 用药依从性问卷(Morisky Medication Adherence Scale, MMAS-8)评定患者的服药依从性,该问卷共 8 个条目,满分为 8 分,评分<6 分为依从性差,6~8 分为依从性中等,8 分为依从性好。

采用社会支持评定量表(Social Support Rating

Scale, SSRS)评定两组患者社会支持度。SSRS 共 10 个条目,包括客观支持、主观支持、对支持的利用度三个维度,总评分 40 分,评分越高表明社会支持度越高。

采用自拟疾病掌握与认知状况调查表评定两组患者对疾病掌握与认知状况。信度=0.796,效度=0.813。

1.4 评定方法

于干预前和干预后对两组患者进行 SAS、SDS、SSRS 和自拟疾病掌握与认知状况调查表评定;于干预后进行 MMAS-8 评定。研究团队统一培训,考核上岗,严格执行调查流程,做好沟通落实知情同

意,一对一面访采集量表信息。施测时间约 30 min,当场回收,问卷回收率为 100%,经验证均为有效问卷。

1.5 统计方法

采用 SPSS 23.0 进行统计分析。SAS、SDS 和 SSRS 评分等符合正态分布的计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,服药依从性、疾病知识掌握率、认知行为良好率等计数资料以[n(%)]表示。两组评分比较采用 t 检验,组间率比较采用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结 果

2.1 患者一般资料

两组患者一般资料比较差异均无统计学意义(P 均 >0.05)。见表 1。

2.2 两组 SAS 和 SDS 评分比较

干预前,两组 SAS 和 SDS 评分比较差异均无统计学意义(P 均 >0.05)。干预后,两组 SAS 和 SDS 评分均低于干预前($t_{\text{观察组}}=38.930、37.485, t_{\text{对照组}}=28.858、26.742, P$ 均 <0.05),且观察组 SAS 和 SDS 评分均低于对照组($t=7.493、8.314, P$ 均 <0.01)。见表 2。

2.3 SSRS 评分比较

干预前,两组 SSRS 各维度评分及总评分差异均无统计学意义(P 均 >0.05)。干预后,两组 SSRS 各维度评分及总评分均高于干预前(P 均 <0.05),且观察组高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$ 或 0.01)。见表 3。

2.4 对疾病知识掌握及认知行为比较

干预前,两组疾病知识掌握率和认知行为良好率差异均无统计学意义(P 均 >0.05)。干预后,两组疾病知识掌握率、认知行为良好率均较干预前高(P 均 <0.05),且观察组高于对照组,差异均有统计学意义(P 均 <0.05)。见表 4。

表 1 两组患者一般资料比较

| 项 目 | 观察组 (n=40) | 对照组 (n=40) | χ^2/t | P | |
|--------|---------------|---------------|------------|-------|-------|
| 性别 | 男性 | 23(57.50) | 24(60.00) | 0.052 | 0.820 |
| | 女性 | 17(42.50) | 16(40.00) | | |
| 年龄(岁) | | 51.42±5.26 | 51.50±5.19 | 0.068 | 0.946 |
| 病程(年) | | 4.26±0.48 | 4.41±0.47 | 1.412 | 0.162 |
| 受教育程度 | 高中 | 5(12.50) | 6(15.00) | 0.754 | 0.861 |
| | 中专 | 7(17.50) | 6(15.00) | | |
| | 初中 | 25(62.50) | 23(57.50) | | |
| | 小学 | 3(25.00) | 5(27.50) | | |
| | 其他 | 0 | 0 | | |
| 婚姻状况 | 未婚 | 1(2.50) | 2(5.00) | 0.347 | 0.840 |
| | 已婚 | 36(90.00) | 35(87.50) | | |
| | 离异或丧偶 | 3(7.50) | 3(7.50) | | |
| 恶性肿瘤类型 | 肺癌 | 10(25.00) | 11(27.50) | 0.816 | 0.976 |
| | 胃癌 | 8(20.00) | 9(22.50) | | |
| | 乳腺癌 | 8(20.00) | 6(15.00) | | |
| | 肝癌 | 5(12.50) | 6(15.00) | | |
| | 宫颈癌 | 7(17.50) | 7(17.50) | | |
| | 其他 | 2(5.00) | 1(2.50) | | |
| 支付能力 | 无支付能力 | 12(30.00) | 10(25.00) | 0.814 | 0.848 |
| | 需卖家产 | 2(5.00) | 3(7.50) | | |
| | 需借款 | 22(55.00) | 21(52.50) | | |
| | 需募捐 | 4(10.00) | 6(15.00) | | |

表 2 两组 SAS 和 SDS 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

| 组 别 | SAS 评分 | | SDS 评分 | |
|---------------|------------|-------------------------|------------|-------------------------|
| | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 |
| 观察组 (n=40) | 54.89±5.56 | 28.76±2.93 ^a | 56.88±5.76 | 30.12±3.27 ^a |
| 对照组 (n=40) | 54.92±5.47 | 34.25±3.59 ^a | 56.94±5.71 | 36.75±3.84 ^a |
| t | 0.024 | 7.493 | 0.047 | 8.314 |
| P | 0.981 | <0.010 | 0.963 | <0.010 |

注:SAS,焦虑自评量表;SDS,抑郁自评量表;与干预前比较,^a $P<0.05$

2.5 两组服药依从性比较

干预后,观察组服药依从性好 18 例(45.00%)、中等 15 例(37.50%)、差 7 例(17.50%);对照组分别为 11 例(27.50%)、14 例(35.00%)、15 例(37.50%)。观察组服药依从率高于对照组,差异有统计学意义(82.50% vs. 62.50%, $\chi^2=4.012, P=0.045$)。

表 3 两组 SSRS 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

| 组 别 | 客观支持 | | 主观支持 | | 对支持的利用度 | | 总评分 | |
|-----------|-----------|------------------------|-----------|-------------------------|-----------|------------------------|------------|-------------------------|
| | 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(n=40) | 5.69±0.63 | 9.12±0.95 ^a | 8.14±0.86 | 12.43±1.35 ^a | 6.13±0.65 | 9.22±0.95 ^a | 19.95±2.03 | 30.74±3.16 ^a |
| 对照组(n=40) | 5.71±0.59 | 8.67±0.88 ^a | 8.19±0.82 | 10.29±1.18 ^a | 6.18±0.63 | 8.96±0.93 ^a | 20.04±2.16 | 27.90±2.81 ^a |
| t | 0.147 | 2.198 | 0.266 | 7.548 | 0.349 | 2.664 | 0.192 | 4.248 |
| P | 0.884 | 0.031 | 0.791 | <0.010 | 0.728 | 0.009 | 0.848 | <0.010 |

注:SSRS,社会支持评定量表;与干预前比较,^a $P<0.05$

表 4 两组对疾病知识掌握及认知行为情况比较[n(%)]

| 组 别 | 疾病知识掌握率 | | 认知行为良好率 | |
|-----------|-----------|------------------------|-----------|------------------------|
| | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 |
| 观察组(n=40) | 19(47.50) | 35(87.50) ^a | 20(50.00) | 37(92.50) ^a |
| 对照组(n=40) | 18(45.00) | 27(67.50) ^a | 23(57.50) | 29(72.50) ^a |
| χ^2 | 0.050 | 4.588 | 0.452 | 5.541 |
| P | 0.823 | 0.032 | 0.501 | 0.019 |

注:与干预前比较,^aP<0.05

3 讨 论

本研究显示,干预后观察组 SAS 和 SDS 评分均低于对照组,与已有研究结果一致^[8],表明叙事医学模式干预应用于低学历癌症患者相比于常规护理模式更能减少患者的负性情绪,调节患者心理适应能力。癌症的诊断给低学历患者带来强烈的生命危机感。虽然诊疗水平在不断提高,但客观医疗技术的发展不能替代情感支撑。在叙事医学模式中,叙事始于关注,经由再现而强化,可唤起医者的恻隐、悲悯之心,提高医者共情能力,构建医患情感-命运共同体^[9-10],通过叙事,患者的负性情绪得以宣泄,治疗意愿也传达给医生,在相互沟通中,医患关系得到了改善,医患沟通经由双方的叙事达成了一致,即实现了归属,因此患者情绪改善较好^[11-12]。

良好的医患沟通有助于提高患者治疗依从性,加深医生对患者的总体认知,为患者带来更积极的治疗信号。王玲等^[13]认为,叙事医学模式干预有助于提高患者治疗依从性。本研究中,干预后观察组服药依从性高于对照组,表明叙事医学模式干预有利于提高低学历癌症患者治疗依从性。经叙事医学模式干预,医患双方变得自律且相互尊重,更有利于医生在后期治疗中根据患者具体情况予以个体化的治疗,并借助家庭与社会力量对患者遵医行为起到帮助和监督作用,最终提升患者对治疗与护理的依从性^[14-15]。

干预后观察组 SSRS 评分高于对照组。在叙事医学模式干预下,医护人员对患者做针对性的事件分享,使患者消除负面情绪,并指导患者向家庭、医院及社会团体寻求帮助,同时也鼓励患者参与诊疗决策和护理行为,因此,患者的社会支持度得以提高^[16-17]。

本研究中,干预后观察组对疾病知识掌握率和认知行为良好率高于对照组,与既往研究^[18-19]结果一致。在叙事医学模式干预中,医务人员需学会观

察患者的手势、坐姿、面部表情、言语,甚至沉默,重视并聆听患者的叙事,发现患者隐藏的真实情况,倾听的同时,也是医生予以患者帮助的时刻,且可激发共情。对于临床工作者而言,共情是一种决定性的技能,以确保医生以一种更为完整的方式完成对患者的照护,帮助患者最大程度地恢复到健康状态^[20-21]。

综上所述,叙事医学模式干预应用于低学历癌症患者中可明显改善患者的负性情绪,提高治疗依从性、社会支持度和对疾病的认知度。本研究也存在一定局限性,如研究样本量小且为单中心研究,后期值得进一步扩大样本量并开展多中心研究。

参考文献

- [1] 李心怡,向慧,邹涛.正念疗法在癌症患者治疗中的应用[J].四川精神卫生,2019,32(6):569-572.
- [2] 邹晓昭,周洪丹,许鼎,等.北京门诊医师医患沟通技能水平调查[J].中国全科医学,2017,20(36):4543-4546.
- [3] Zaharias G. Learning narrative-based medicine skills: narrative-based medicine 3 [J]. Can Fam Physician, 2018, 64(5): 352-356.
- [4] 金宗兰,陈萍萍,刘玲莉,等.叙事医学结合 OSCE 模式在泌尿外科护理本科生临床教学中的应用[J].重庆医学,2020,49(6):1023-1025,1028.
- [5] 牛玉堃,魏海斌,陈飞.叙事医学视角下医患沟通能力提升的探讨[J].中国医学伦理学,2019,32(2):169-172.
- [6] Voruganti T, Grunfeld E, Makuwaza T, et al. Web-based tools for text-based patient-provider communication in chronic conditions: scoping review [J]. J Med Internet Res, 2017, 19(10): e366.
- [7] 王书军.叙事医学在基层社区卫生服务中的应用和作用[J].医学与哲学,2019,40(23):36-38.
- [8] Simpkin AL, Armstrong KA. Communicating uncertainty: a narrative review and framework for future research [J]. J Gen Intern Med, 2019, 34(11): 2586-2591.
- [9] Cappuccio A, Sanduzzi Zamparelli A, Verga M, et al. Narrative medicine educational project to improve the care of patients with chronic obstructive pulmonary disease [J]. ERJ Open Res, 2018, 4(2): 00155-2017.
- [10] 郑琛,张习禄.叙事医学对癌症患者外科术前谈话的积极作用研究[J].中国医学伦理学,2020,33(1):85-91.
- [11] Murphy G, Peters K, Wilkes L, et al. A partnership model for a reflective narrative for researcher and participant [J]. Nurse Res, 2016, 24(1): 15-19.
- [12] 明坚,魏艳,何露洋,等.我国医学新技术临床应用中医患沟通与决策模式探讨[J].中国卫生质量管理,2017,24(6):86-89.
- [13] 王玲,马俊,甘代军.叙事医学对提高患者依从性的影响[J].医学与哲学,2016,37(6):71-73.

- [14] 邓蕊, 梁辰. 医学伦理学视角下探讨叙事医学的平行病历[J]. 医学与哲学, 2018, 39(14): 13-16.
- [15] AlThiga H, Mohidin S, Park YS, et al. Preparing for practice: Nursing intern and faculty perceptions on clinical experiences[J]. Med Teach, 2017, 39(Suppl 1): S55-S62.
- [16] Mutebi M. Africa rising: gendered journeys of women patients and providers[J]. Lancet, 2019, 393(10171): 517-518.
- [17] 金宗兰, 胡少华, 陈萍萍, 等. 叙事医学模式对肾癌根治术患者康复效果影响的随机对照试验研究[J]. 中国实用护理杂志, 2017, 33(20): 1525-1529.
- [18] 鲁敏敏, 张晓义. 叙事医学教育模式对中高危糖尿病患者血压、血糖水平和足部知识掌握的影响[J]. 西部中医药, 2019, 32(2): 128-131.
- [19] 崔文伟, 陈鲜艳, 白启轩, 等. 叙事医学对上消化道恶性肿瘤合并出血患者健康教育效果的影响[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2016, 23(3): 381-384.
- [20] Huxley CJ, Atherton H, Watkins JA, et al. Digital communication between clinician and patient and the impact on marginalised groups: a realist review in general practice[J]. Br J Gen Pract, 2015, 65(641): e813-e821.
- [21] Murphy JW, Franz BA. Narrative medicine in a hectic schedule[J]. Med Health Care Philos, 2016, 19(4): 545-551.
- (收稿日期:2020-12-07)
(本文编辑:吴俊林)

(上接第 134 页)

- [12] Yankah E, Aggleton P. Effects and effectiveness of life skills education for HIV prevention in young people[J]. AIDS Educ Prev, 2008, 20(6): 465-485.
- [13] Kirby ED, Williams VP, Hocking MC, et al. Psychosocial benefits of three formats of a standardized behavioral stress management program[J]. Psychosom Med, 2006, 68(6): 816-823.
- [14] Barnes VA, Maribeth MS, Willams RB, et al. Impact of Williams Life Skills training on anger, anxiety, and ambulatory blood pressure in adolescents[J]. Transl Behav Med, 2012, 2(4): 401-410.
- [15] 王才康, 胡中锋, 刘勇. 一般自我效能感量表的信度和效度研究[J]. 应用心理学, 2001, 7(1): 37-40.
- [16] 张兴贵, 何立国, 郑雪. 青少年学生生活满意度的结构和量表编制[J]. 心理科学, 2004, 27(5): 1257-1260.
- [17] 王开秀, 蒋维连, 朱燕梅. 威廉姆斯生活技能训练对手术室护士知觉压力与压力反应的影响[J]. 护理研究, 2016, 30(11): 1374-1376.
- [18] 黎艳, 蒋维连. 威廉姆斯生活技能训练对新毕业护士转型冲击和自我效能感的影响[J]. 现代临床护理, 2016, 15(7): 57-61.
- [19] 郭清厚, 钟晓霞, 莫玉林. 基于威廉姆斯生活技能训练对手术室护士工作压力和自我效能感的影响[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2017, 38(19): 2349-2350.
- [20] Bastian B, Kuppens P, De Roover K, et al. Is valuing positive emotion associated with life satisfaction[J]. Emotion, 2014, 14(4): 639-645.
- [21] 曹晓君, 代莉. 大学生人际交往能力与生活满意度的关系[J]. 中国健康心理学杂志, 2020, 28(6): 914-918.
- [22] 陆心传, 朱峰, 刘艳秋, 等. 伴与不伴非自杀性自伤抑郁障碍青少年的冲动和自我意识对照研究[J]. 精神医学杂志, 2018, 31(5): 325-327.
- (收稿日期:2020-10-31)
(本文编辑:陈霞)