

- 2017, 10(5): e004337.
- [3] LOFORTE A, MARINELLI G, MUSUMECI F, et al. Extracorporeal membrane oxygenation support in refractory cardiogenic shock: Treatment strategies and analysis of risk factors[J]. *Artif Organs*, 2014, 38(7): E129-E141.
- [4] MICHELS G, WENGENMAYER T, HAGL C, et al. Empfehlungen zur extrakorporalen kardiopulmonalen Reanimation (eCPR)[J]. *Der Anaesthetist*, 2018, 67(8): 607-616.
- [5] POZZI M, BANFI C, GRINBERG D, et al. Veno-arterial extracorporeal membrane oxygenation for cardiogenic shock due to myocarditis in adult patients[J]. *J Thorac Dis*, 2016, 8(7): E495-E502.
- [6] SOHAIL S, FAN E, FOROUTAN F, et al. Predictors of mortality in patients treated with veno-arterial ECMO for cardiogenic shock complicating acute myocardial infarction: A systematic review and meta-analysis[J]. *J Cardiovasc Transl Res*, 2022, 15(2): 227-238.
- [7] VISHRAM-NIELSEN J K, BILLIA F, FOROUTAN F, et al. Patients with fulminant myocarditis supported with extracorporeal membrane oxygenation: A systematic review and meta-analysis of short-term mortality and impact of risk factors[J]. *J Heart Lung Transplant*, 2020, 39(4): S418.
- [8] HWANG J W, YANG J H, SUNG K, et al. Percutaneous removal using Perclose ProGlide closure devices versus surgical removal for weaning after percutaneous cannulation for venoarterial extracorporeal membrane oxygenation[J]. *J Vasc Surg*, 2016, 63(4): 998-1003.
- [9] CHENG R, KITTLESON M, MORIGUCHI J, et al. Complications of extracorporeal membrane oxygenation for treatment of cardiogenic shock and cardiac arrest: A weighted meta-analysis[J]. *J Am Coll Cardiol*, 2013, 61(10): E638.
- [10] AHN H J, LEE J W, JOO K H, et al. Point-of-care ultrasound-guided percutaneous cannulation of extracorporeal membrane oxygenation: Make it simple[J]. *J Emerg Med*, 2018, 54(4): 507-513.
- [11] DU L W, ZHU L L, SHI Y W, et al. Femoral artery variation was found during V-A ECMO catheterization[J]. *J Cardiothorac Surg*, 2022, 17(1): 220.
- [12] HALDUN DOSLUOGLU H, DRYJSKI M L. External femorofemoral bypass to relieve acute leg ischemia during circulatory assist[J]. *Vascular*, 2004, 12(3): 198-201.
- [13] TRAUL D K, CLAIR D G, GRAY B, et al. Percutaneous endovascular repair of infrarenal abdominal aortic aneurysms: A feasibility study[J]. *J Vasc Surg*, 2000, 32(4): 770-776.
- [14] GEORGIADIS G S, ANTONIOU G A, PAPAIOAKIM M, et al. A meta-analysis of outcome after percutaneous endovascular aortic aneurysm repair using different size sheaths or endograft delivery systems[J]. *J Endovasc Ther*, 2011, 18(4): 445-459.
- [15] TANAKA D, HIROSE H, CAVAROCCHI N, et al. The impact of vascular complications on survival of patients on venoarterial extracorporeal membrane oxygenation[J]. *Ann Thorac Surg*, 2016, 101(5): 1729-1734.
- [16] AUGUSTO R, PASSOS SILVA M, CAMPOS J, et al. Arterial vascular complications in peripheral venoarterial extracorporeal membrane oxygenation support[J]. *Rev Port Cir Cardiorac Vasc*, 2017, 24(3/4): 104.
- [17] XU X, LIU Z J, HAN P, et al. Feasibility and safety of total percutaneous closure of femoral arterial access sites after veno-arterial extracorporeal membrane oxygenation[J]. *Medicine (Baltimore)*, 2019, 98(45): e17910.
- [18] HONDA Y, ARAKI M, YAMAWAKI M, et al. The novel echo-guided ProGlide technique during percutaneous transfemoral transcatheter aortic valve implantation[J]. *J Interv Cardiol*, 2018, 31(2): 216-222.

收稿日期:2024-11-20

(本文编辑:吴迪汉)

基于关系框架理论指导下的心理护理在肺癌患者癌因性疲乏中的应用分析

许梦媛,徐英萍,沈小英

【关键词】 关系框架理论;心理护理;肺癌;癌因性疲乏

doi:10.3969/j.issn.1671-0800.2025.05.024

【中图分类号】 R473 【文献标志码】 B 【文章编号】 1671-0800(2025)05-0528-04

肺癌为常见的恶性病变,多起源于支气管黏膜、气管或腺体等,发病率和死亡率较高。多数患者发

现时已进展至晚期,失去了最佳手术治疗时机,化疗成为其主要治疗手段^[1],而大剂量且多药物的联合化疗易出现较多不良反应。癌因性疲乏,是由癌症本身或其治疗过程所引发的一种主观且持续的疲惫感受,具有程度重、不可预测、进展快,并且即使经过休息或睡眠也无法得到有效缓解,常引发抑郁、焦虑等

基金项目: 浙江省医药卫生计划项目(2021KY587)

作者单位: 310022 杭州,浙江省肿瘤医院

通信作者: 徐英萍, Email: xyp19860325@163.com

负面情绪,影响患者的自我效能感,并降低生活质量^[2-3]。常规护理主要关注症状的缓解,往往忽视了患者的心理需求,导致护理效果不佳。心理护理是一种针对患者疾病治疗过程中出现的心理问题,进行有计划、有目的的心理干预活动,能有效改善患者心理状态。关系框架理论是指在识别、理解和描述事物之间关系的过程中建立的认知结构或模式,其在心理干预中的应用能够减少由于僵化沟通造成的障碍,增强语言沟通的积极作用,进而提升心理干预的成效^[4-5]。本研究分析基于关系框架理论指导下的心理护理在肺癌患者癌因性疲乏中的应用价值,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2022 年 6 月至 2024 年 6 月浙江省肿瘤医院收治的 60 例肺癌患者。纳入标准:(1)确诊患有肺癌^[6],存在癌因性疲乏;(2)年龄 30 ~ 75 岁;(3)预计生存期不少于 1 年;(4)具备良好的语言沟通能力,能够理解并参与研究。排除标准:(1)有精神病史或其他重大急慢性疾病;(2)正在接受其他形式的心理干预;(3)患有其他重要器官的严重原发疾病;(4)在过去 1 个月内参与过其他临床试验;(5)患有其他类型癌症,有远处转移现象。根据干预方式不同分为对照组和观察组,各 30 例。本研究获得浙江省肿瘤医院医学伦理委员会批准,所有研究对象均同意参加本研究并签署书面知情同意书。

1.2 方法

1.2.1 对照组 确保病房空气流通,环境舒适安静;普及化疗相关知识;给予常规心理疏导,如耐心解答患者的疑问,积极主动与患者交流,多鼓励患者,促进和谐的医患关系;监测病情状况,迅速应对化疗引发的不良反应;指导患者饮食,保障机体营养。干预 6 周。

1.2.2 观察组 在对照组基础上采取基于关系框架理论指导下的心理护理。由接受过关系框架理论培训的肿瘤科主治医师、护士长、资深护师及具备国家二级心理咨询师资格的护理人员构成团队,护士长担任团队负责人,团队针对肺癌患者的心理特征和需求,拟定干预策略。整个干预过程为期 6 周,每周进行 1 次,每次 1.5 h。(1)构建护理沟通(第 1 周):主动与患者及其家属开展有效交流,深入了解患者的病史和心理状态,同时介绍放疗的目的、原理、

流程及如何应对不良反应,并解析癌因性疲乏的成因及其影响。(2)自我情绪的接纳与管理(第 2 周):激励患者表达内心情感,释放消极情绪;开展肺癌健康知识普及,了解疾病的发病原因、预防方法、治疗方式,观看有关腹式呼吸技巧和肌肉逐级放松练习等教学视频,帮助患者学习正确的呼吸技巧和放松方法,以恢复呼吸功能,减轻不适感。(3)认知分离,释放困扰(第 3 周):开展框架训练(相同、对立、区分/不同、比较及层级框架),如向患者展示不同形状和图案,并提问,如“以下哪个与上面的图案相似?”“哪一个比顶部的更大或更小?”“哪一个与顶部的相反?”“哪个图案排在另一个之前或之后?”“哪个盒子位于另一个盒子之中/哪个盒子内包含另一个盒子?”,借助合适的辅助工具,如语言描述和视觉辅助,逐步引导患者,直至他们给出正确答案;进行接纳与承诺治疗等策略,优化对痛苦思维和情绪的处理方式,提升个体心理调适水平;识别术后化疗导致的呼吸困难和机体功能变化引起的感受与思考,区分想法与现实。(4)活在当下,自我觉察(第 4 周):分享战胜癌症的实例视频,分析有效的应对方法,交流个人的感悟与体验,增强现场互动,助力患者树立战胜疾病的信念;利用诱发事件、信念和情绪行为结果理论来理解个人问题。(5)明确价值观,承诺行动(第 5 周):针对关键问题制定切实可行的解决方案,并评估其效果;通过 3 min 正念冥想-练习自我慈悲,教会患者以温暖和理解的态度对待自己。依据内心选择最重视的价值观,并以此激励自己;鼓励患者间相互倾诉、指导、学习,确定生活方向。激励患者用言语构建理想的生活。(6)总结回顾(第 6 周):回顾前 5 周的干预效果,依据患者的反馈与评价,优化干预策略。

1.3 观察指标 于干预前后进行癌因性疲乏程度、心理状态、自我管理效能及生活质量评估。(1)癌因性疲乏程度:采取疲乏修订量表(PFS)^[7]评估,总计 22 个测评条目,分为感觉、行为、情绪及认知 4 大维度,采用 0 ~ 10 分的评分机制,得分越高,患者疲乏越严重。(2)心理状态:采取焦虑自评量表(SAS)^[8]和抑郁自评量表(SDS)^[9]评估患者焦虑和抑郁情况。SAS 量表以 50 分为关键分界线,高于 50 分以上存在焦虑状态。SDS 量表以 53 分为分界标准,高于 53

分以上存在抑郁状态。(3)自我管理效能:采取癌症自我管理效能感量表^[10]评估,总计28个测评条目,其中自我减压维度由10个条目组成,聚焦患者应对疾病压力、调节心理状态的能力;正性态度维度由15个条目组成,着重考量患者面对癌症时的积极心态与信念;自主决策维度由3个条目组成,用于测评患者在治疗与康复过程中独立做出合理决策的水平;得分越高,自我管理能力更强。(4)生活质量:采取肺癌生活质量评价量表(FACT-L)^[11]评估,总计36个测评条目,其中社会/家庭包含7个条目,关注患者在家庭和社会关系中的状态;活动能力包含7个条目,考量患者身体的活动水平和功能;生理维度包含13个条目,聚焦于患者的身体生理状况;情绪维度包含6个条目,聚焦于患者的身体生理状况;肺癌特异性包含3个条目,针对肺癌相关的特殊情况进行测评。总分为144分,得分越高,生活质量越佳。

1.4 统计方法 借助SPSS 28.0统计软件展开数据处理,计量资料如PFS评分、FACT-L评分等以均数±标准差表示,采用配对 t 或独立样本 t 检验;计数资

料如TNM分期、文化程度等以百分比表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组一般资料比较 两组一般资料差异无统计学意义(均 $P > 0.05$),具有可比性,见表1。

2.2 两组癌因性疲乏程度比较 干预后,两组PFS评分均较干预前降低(均 $P < 0.05$),且观察组低于对照组($P < 0.05$),见表2。

2.3 两组心理状态比较 干预后,两组SAS和SDS评分均较干预前降低(均 $P < 0.05$),且观察组均低于对照组(均 $P < 0.05$),见表3。

2.4 两组自我管理效能比较 干预后,两组自我管理效能各维度评分均较干预前升高(均 $P < 0.05$),且观察组均高于对照组(均 $P < 0.05$),见表4。

2.5 两组生活质量比较 干预后,两组生活质量各维度(社会/家庭、活动能力、生理、情绪和肺癌特异性模块)评分均较干预前升高(均 $P < 0.05$),且观察组均高于对照组(均 $P < 0.05$),见表5。

表1 两组肺癌患者一般资料比较

组别	例数	性别[例(%)]		年龄 (岁)	病程 (年)	TNM分期[例(%)]			文化程度[例(%)]			
		男	女			IIb	IIIa	IIIb	文盲	小学	中学/高中	大学及以上
观察组	30	22(73.33)	8(26.67)	53.1±11.7	4.21±1.42	14(46.67)	12(40.00)	4(13.33)	7(23.33)	8(26.67)	12(40.00)	3(10.00)
对照组	30	15(50.00)	15(50.00)	53.2±11.6	4.19±1.39	11(36.67)	14(46.67)	5(16.66)	2(6.67)	9(30.00)	16(53.33)	3(10.00)
$\chi^2(t)$ 值		3.46		(0.03)	(0.06)	0.63			3.41			
P 值		> 0.05		> 0.05	> 0.05	> 0.05			> 0.05			

表2 两组肺癌患者癌因性疲乏程度比较 分

组别	例数	干预前	干预后	t 值	P 值
观察组	30	6.20±1.06	3.23±1.01	15.72	< 0.05
对照组	30	6.17±1.32	4.17±0.75	12.45	< 0.05
t 值		0.10		4.09	
P 值		> 0.05		< 0.05	

表3 两组肺癌患者心理状态比较 分

组别	例数	SAS		SDS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	30	40.53±3.87	21.47±2.93 ^a	52.93±4.62	29.23±2.50 ^a
对照组	30	39.13±4.53	24.37±2.53 ^a	50.10±7.38	32.63±2.48 ^a
t 值		1.29	4.10	1.78	5.29
P 值		> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

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

可能导致患者对疾病和治疗产生消极情绪,对预后产生不利影响^[14]。积极的心理状况是推动治疗过程顺利实施、提升治疗效果及患者生活质量的核心要素。

观察组在接受干预之后,其PFS、SAS及SDS评分均明显低于对照组;自我管理效能与生活质量评分均高于对照组。这表明在关系框架理论的指导下所实施的心理护理措施,能够切实有效地缓解肺癌患者的癌因性疲乏程度,对其心理状态起到良好的调节作用,同时显著提升患者的自我管理效能,提高

3 讨论

肺癌的诱发因素众多,主要包括大气污染、吸烟习惯、职业风险及电离辐射等。该病的常见症状包括呼吸困难、刺激性干咳、胸部不适或疼痛、发热、痰中带血及食欲减退等^[12]。治疗手段主要分为局部治疗(如手术和放射疗法)和全身治疗(如化疗)等^[13]。研究表明,肺癌患者普遍遭受癌因性疲劳的困扰。癌因性疲劳是一种与癌症和治疗相关的疲惫感,干扰了身体的正常运作,并不随患者日常活动量而变化,常伴随着功能性障碍,严重影响患者的日常生活质量,

表 4 两组肺癌患者自我管理效能比较

分

组别	例数	自我减压		正性态度		自我决策	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	30	22.23±2.50	32.63±2.11 ^a	43.30±2.83	56.87±2.29 ^a	6.17±1.49	11.40±2.14 ^a
对照组	30	22.63±2.48	29.93±2.97 ^a	43.70±2.91	53.57±1.52 ^a	6.23±1.70	9.17±2.28 ^a
<i>t</i> 值		0.62	4.06	0.54	6.58	0.15	3.91
<i>P</i> 值		> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

注:与本组干预前比较,^a*P* < 0.05

表 5 两组肺癌患者生活质量比较

分

组别	例数	社会/家庭		活动能力		生理		情绪		肺癌特异性	
		干预前	干预后	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	30	14.73±2.90	19.17±2.28 ^a	15.37±2.30	19.90±1.95 ^a	15.17±2.28	20.03±1.67 ^a	14.40±1.77	21.50±1.76 ^a	15.40±2.54	19.93±1.62 ^a
对照组	30	14.53±3.39	17.60±2.09 ^a	15.43±3.33	18.03±1.85 ^a	15.23±2.50	18.40±2.14 ^a	14.36±2.19	18.83±2.51 ^a	15.37±2.14	17.17±1.68 ^a
<i>t</i> 值		0.25	2.78	0.08	3.81	0.10	3.29	0.08	4.77	0.05	6.48
<i>P</i> 值		> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

注:与本组干预前比较,^a*P* < 0.05

生活质量。关系框架理论是旨在引导患者意识到自身认知与情感模式,而非仅仅是其表面的描述。本研究以关系框架理论作为心理护理的指导原则,引导患者展开深层次的自我探究与成长。此护理理念从患者的精神或心灵层面出发,致力于引导患者塑造健康合理的思维方式,降低认知融合程度,专注于当下,从而让患者认识到因恐惧癌症复发而产生的各种不利影响,倡导一种立足于现实的应对策略,避免与消极情绪正面冲突,而是将疾病视为客观对象进行观察,习得摆脱痛苦体验的有效技巧。在护理工作过程中,运用认知分离与接纳的技巧,有效缓解患者不适感;通过专注于现实和价值观引导的行为,协助患者树立正确的价值观念与方向,深入体会生命的价值,唤起患者对生活的热情,从而确立清晰的生活目标,打造一个充满意义、丰富多彩的生活状态^[15]。

综上所述,基于关系框架理论指导下的心理护理能有效改善肺癌患者癌因性疲乏程度,调节心理状态,提高自我管理效能和生活质量。

利益冲突 所有作者声明无利益冲突

参 考 文 献

[1] 罗秋湖,王自秀.正念训练联合记忆刷新训练对肺癌化疗患者癌因性疲乏及焦虑的影响[J].护理学杂志,2024,39(9):6-9.

[2] 赵彬彬,邹晓峰,张颖.基于 PERMA 模式的心理护理在肺癌患者癌因性疲乏中的效果观察[J].中国肿瘤临床与康复,2022,29(2):241-244.

[3] 杨英,陈芳.多模态运动联合健康宣教二维码对青中年肺癌化疗患者癌因性疲乏、心理状态的影响[J].川北医学院学报,2022,37(4):544-548.

[4] ENOCH M R, NICHOLSON S L. Acceptance and commitment therapy and relational frame theory in the field of applied behavior analysis: The acceptability and perspective of the practicing BCBA[J]. Behav Anal Pract, 2020, 13(3): 609-617.

[5] CHAN S C, ORMANDY S, STOCKWELL A, et al. The application of relational frame theory to teaching early piano skills to children on the autism spectrum[J]. Anal Verbal Behav, 2023, 39(1): 1-29.

[6] 钟文昭,中国胸部肿瘤研究协作组,中国抗癌协会肺癌专业委员会,等.肺癌多学科团队诊疗中国专家共识[J].中华肿瘤杂志,2020,42(10):817-828.

[7] PIPER B F. Piper fatigue scale available for clinical testing[J]. Oncol Nurs Forum,1990,17(5):661-662.

[8] 杜彦霖,崔永,蔡先启,等.肺癌手术患者术前焦虑或抑郁的影响因素分析[J].中国肺癌杂志,2020,23(7):568-572.

[9] 孟嘉,饶晓岚,刘萍萍,等.老年肺癌和非老年肺癌患者抑郁情况及影响因素的对比分析[J].临床肺科杂志,2021,26(6):940-944.

[10] 钱会娟,袁长蓉.中文版癌症自我管理效能感量表的信效度测评[J].中华护理杂志,2011,46(1):87-89.

[11] 陈菲菲,庞永慧,茅乃权,等.老年肺癌患者衰弱现状及其与生活质量的相关程度研究[J].现代临床护理,2021,20(6):6-11.

[12] 方珍,李观兰,孙善芝.关注和解释疗法对肺癌患者癌因性疲乏症状、心理弹性及生存质量的影响[J].中国医药导报,2023,20(21):175-178.

[13] 李丹,胥丰恺,徐萍,等.阻力呼吸器训练改善肺癌术后患者癌因性疲乏和生命质量[J].中华保健医学杂志,2024,26(1):67-70.

[14] 谢书芬,王莹,魏晓灵.针对性心理干预对肺癌患者围化疗期癌因性疲乏、负性情绪、遵医行为及生活质量的影响[J].癌症进展,2023,21(10):1144-1147,1158.

[15] HARTE C, BARNES-HOLMES D, DE ROSE J C, et al. Grappling with the complexity of behavioral processes in human psychological suffering: Some potential insights from relational frame theory[J]. Perspect Behav Sci, 2022, 46(1): 237-259.

收稿日期:2025-01-13

(本文编辑:孙海儿)