

· 论著 ·

MPNFS理论指导下多方位护理对肺癌围术期心理状态、应对方式及生活质量的影响*

杨慧萍* 李 央 赵一锦 张 杨 李佳音
 郑州大学第一附属医院老年呼吸睡眠科 (河南 郑州 450052)

【摘要】目的 探讨MPNFS理论指导下多方位护理对肺癌患者围术期心理状态、应对方式及生活质量的影响。方法 方便抽样法选取2021年1月至2023年12月在本院就诊的肺癌患者72例,按照随机数字表法分为对照组(n=36)和观察组(n=36),对照组接受常规护理,观察组接受MPNFS理论指导下多方位护理,比较两组心理状态、应对方式及生活质量。结果 干预前两组应对方式各个维度评分比较差异不显著($P>0.05$),干预后两组SAS评分、SDS评分均较干预前下降($P<0.05$),观察组SAS评分、SDS评分均低于对照组患者($P<0.05$);干预前两组应对方式各个维度评分比较差异不显著($P>0.05$),干预后两组应对方式各个维度评分均较干预前上升($P<0.05$),组间比较,观察组应对方式各个维度评分均高于对照组($P<0.05$);干预前,两组患者生活质量比较差异不显著($P>0.05$),干预后,观察组生活质量评分高于对照组($P<0.05$)。结论 MPNFS理论指导下多方位护理有利于改善肺癌患者围术期心理状态、提高应对方式及生活质量。

【关键词】肺癌; MPNFS理论; 心理状态; 应对方式; 生活质量

【中图分类号】R734.2

【文献标识码】A

【基金项目】河南省科技攻关项目(LHCJ20210308)

DOI:10.3969/j.issn.1009-3257.2025.3.060

Effects of Multifaceted Nursing under the Guidance of MPNFS Theory on Perioperative Mental State, Coping Style and Quality of Life in Patients with Lung Cancer*

YANG Hui-ping*, LI Yang, ZHAO Yi-jin, ZHANG Yang, LI Jia-yin.

Department of Geriatric Respiratory Sleep, The First Affiliated Hospital of Zhengzhou University, Zhengzhou 450052, Henan Province, China

Abstract: *Objective* To explore the effects of multi-faceted nursing under the guidance of MPNFS theory on perioperative mental state, coping style and quality of life of patients with lung cancer. *Methods* A total of 72 patients with lung cancer treated in our hospital from January 2021 to December 2023 were selected by convenient sampling method and divided into control group (n=36) and observation group (n=36) according to random number table method. The control group received routine nursing while the observation group received multi-direction nursing under the guidance of MPNFS theory. The psychological state, coping style and quality of life of the two groups were compared. *Results* Before intervention, there were no significant differences between the two groups in all aspects of coping styles ($P>0.05$). After intervention, SAS scores and SDS scores of the two groups were decreased compared with those before intervention ($P<0.05$), and SAS scores and SDS scores of the observation group were lower than those of the control group ($P<0.05$). Before intervention, there were no significant differences in the scores of all dimensions of coping styles between the two groups ($P>0.05$). After intervention, the scores of all dimensions of coping styles between the two groups were higher than those before intervention ($P<0.05$). Before intervention, there was no significant difference in the quality of life between the two groups ($P>0.05$). After intervention, the quality of life score of the observation group was higher than that of the control group ($P<0.05$). *Conclusion* Multi-directional nursing under the guidance of MPNFS theory can improve perioperative mental state, coping style and quality of life of lung cancer patients.

Keywords: Lung Cancer; MPNFS Theory; Mental State; Coping Style; Quality of Life

肺癌是世界范围内肿瘤死亡的主要原因之一,其病死率高居癌症之首^[1]。肺癌的发病率在全球范围内呈逐年上升趋势,其中中国的肺癌患病率更是高居世界前列^[2]。研究发现^[3],围手术期是导致肺癌患者死亡的主要原因之一,同时围手术期间患者的生理与心理状态对治疗效果及预后具有重要影响。围手术期的肺癌患者比较容易出现焦虑、抑郁、应激等不良情绪,而这些情绪的出现会进一步影响患者的应对方式、治疗依从性及生活质量^[4]。因此,充分重视围手术期的心理护理对于肺癌患者的治疗效果及恢复具有重要意义。MPNFS理论是以药物治疗(medication, M)、心理干预(psychological intervention, P)、护理(nursing, N)、家庭关怀(family care, F)及社会支持(social support, S)为基础构建的护理方案,已经成为一种新兴的护理方法^[5-6],药物治疗部分旨在减轻疼痛、缓解症状和控制肿瘤的进展;心理干预部分注重通过正念、认知行为疗法和支持性心理治疗等方法改善患者的心理状态和应对方式;护理部分关注患者的生理和心理需求,提供个性化的护理措施和康复指导;家庭关怀部分强调家庭的支持和关爱,建立良好的家庭支持体系。社会支持部分提供社

会资源和组织支持,帮助患者应对困难和压力。本研究旨在探讨MPNFS理论指导下多方位护理对于肺癌患者围术期心理状态、应对方式及生活质量的影响,以为肺癌患者围手术期管理提供一定参考和借鉴价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 方便抽样法选取2021年1月到2023年12月在本院就诊的肺癌患者72例。

纳入标准:年龄在18岁及以上;诊断为肺癌^[7];能够理解并签署知情同意书。排除标准:存在严重的心、肝、肾等脏器功能不全;同时合并其他肿瘤;曾接受过放疗、化疗等治疗;无法完成治疗计划;孕妇或哺乳期妇女;患有严重的心理或神经疾病;其他疾病或不符合研究要求者。按照随机数字表法分为对照组(n=36)和观察组(n=36),观察组:男性26例,女性10例,年龄36~76岁,平均年龄(51.62±2.92)岁,病理类型:鳞状上皮细胞癌1例,腺癌35例,文化程度:小学10例,初中及高中12例,专科及以上14例,临床分期:I期4例,II期25例,IIIa期

【第一作者】杨慧萍,女,主管护师,主要研究方向:肺癌心理。E-mail: huipingyang 2016@163.com

【通讯作者】杨慧萍

7例。对照组：男性28例，女性8例，年龄36~74岁，平均年龄(52.41±2.76)岁，病理类型：鳞状上皮细胞癌2例，腺癌34例，文化程度：小学8例，初中及高中15例，专科及以上13例，临床分期：I期6例，II期24例，IIa期6例。两组一般资料比较差异不显著($P>0.05$)。

1.2 方法 对照组接受常规护理，观察组接受MPNFS理论指导下多方位护理。对照组：向患者讲解肺癌疾病病因、围术期期间注意事项，并密切观察患者情况，及时进行对症干预，指导患者合理饮食，并培养患者良好作息，积极鼓励患者多与人交流，改善患者不良心态。观察组：药物治疗：护理人员需要严格遵医嘱进行护理，向患者讲解药物治疗的重要性，并密切观察患者用药期间不良反应；心理干预：对于围术期期间出现不良反应，指导患者正确看待，避免不良心理状态，并向患者介绍相关治疗成功的案例，增强患者治疗信心；并指导患者进行呼吸训练，闭气3~5s，口呼气，自主调节呼吸，15min/次，2次/d，进行音乐想象，介绍音乐背景，让患者深入奇境，引导患者讲述内心感受，15min/次，2次/d，术后指导患者开展肌肉放松训练，如何收紧肌肉，3~5s后放松，从脑到脚依次练习，15min/次，2次/d；临床护理：结合患者情况进行针对性干预，准确识别不良反应；选粗大且平直血管穿刺，避免反复穿刺引起不适，药物输注期间，密切关注患者穿刺部位情况，一旦异常及时处理；家庭关怀：向患者介绍手术治疗、注意事项等，并指导患者准确识别不良反应；并积极鼓励患者家属予以精神支持，增强患者治疗信心；积极鼓励患者家属参与护理过程，辅助患者进行训练，多与患者沟通交流，避免患者不良情绪；社会支持：每隔2周邀请预后恢复情况良好的患者进行现身说法，积极传授自身经验，并推荐相关书籍等，初步形成心理防线；构建病友交流群，定期推送肺癌疾病相关知识以及生活方面的护理技巧等，并积极鼓励患者分享心得，相互安慰。

1.3 观察指标 焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)评分、抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)评分^[8]：采用Likert 4级评分法，每个条目0~3分。SAS标准分界值为50分，50~59分为轻度焦虑，60~69分为中度焦虑，>70分为重度焦虑；SDS标准分界值为53分，53~62分为轻度抑郁，63~72分为中度抑郁，≥73分为重度抑郁；应对方式：分别于干预前、

干预2个月采用医学应对方式问卷(medical coping modes questionnaire, MCMQ)评估^[9]，包括面对、回避、屈服，共20个条目，4级评分法，评分越高说明患者更愿意采用此种应对方式；生活质量：分别于护理前1d、护理结束后3个月，采用Spitzer生存质量指数评定量表(quality of life index, QLI)评估患者的生存质量^[10]，评分内容包括5个项目，即活动能力、日常生活、健康感觉、社会支持、对前景的认识，各个部分分值为0~2分，评分越高说明患者的生存质量越高。

1.4 统计学方法 采用SPSS 27.0软件分析，定量资料用($\bar{x} \pm s$)表示，比较用t检验；定性资料用[n(%)]表示，比较用 χ^2 检验；以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组干预前后SAS评分、SDS评分比较 干预前两组应对方式各个维度评分比较差异不显著($P>0.05$)，干预后两组SAS评分、SDS评分均较干预前下降($P<0.05$)，观察组SAS评分、SDS评分均低于对照组患者($P<0.05$)，见表1。

表1 两组干预前后SAS评分、SDS评分比较(分)

组别	例数	SAS评分		SDS评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	36	59.08±8.64	55.41±7.31 [*]	61.82±7.08	56.66±10.12 [*]
观察组	36	58.82±8.72	41.31±7.36 [*]	59.94±9.81	43.08±6.97 [*]
t		0.127	8.156	0.932	6.631
P		0.899	<0.001	0.354	<0.001

注：与干预前比较，^{*} $P<0.05$ 。

2.2 两组应对方式比较 干预前两组应对方式各个维度评分比较差异不显著($P>0.05$)，干预后两组应对方式各个维度评分均较干预前上升($P<0.05$)，组间比较，观察组应对方式各个维度评分均高于对照组($P<0.05$)，见表2。

2.3 两组患者生活质量比较 干预前，两组患者生活质量比较差异不显著($P>0.05$)，干预后，观察组生活质量评分高于对照组($P<0.05$)，见表3。

表2 两组应对方式比较(分)

组别	例数	面对		回避		屈服	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	36	20.35±2.25	24.78±3.41 [*]	13.34±2.16	18.12±3.32 [*]	9.78±1.25	13.41±2.25 [*]
观察组	36	19.31±2.21	28.62±3.27 [*]	13.86±2.12	22.82±3.31 [*]	9.72±1.32	16.71±2.27 [*]
t		1.979	4.877	1.031	6.015	0.198	6.195
P		0.052	<0.001	0.306	<0.001	0.844	<0.001

注：与干预前比较，^{*} $P<0.05$ 。

表3 两组患者生活质量比较(分)

组别	例数	活动能力		日常生活		健康感觉		社会支持		对前景的认识	
		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
对照组	36	1.65±0.45	1.78±0.41 [*]	1.34±0.46	1.52±0.52 [*]	1.08±0.25	1.41±0.45 [*]	0.97±0.26	1.15±0.42 [*]	0.81±0.42	1.36±0.52 [*]
观察组	36	1.61±0.51	1.92±0.27 [*]	1.36±0.52	1.82±0.41 [*]	1.12±0.32	1.71±0.47 [*]	0.91±0.31	1.42±0.54 [*]	0.75±0.42	1.75±0.55 [*]
t		0.353	1.711	0.173	2.718	0.591	2.766	0.890	2.368	0.606	3.092
P		0.725	0.092	0.863	0.008	0.556	0.007	0.377	0.021	0.546	0.003

注：与干预前比较，^{*} $P<0.05$ 。

3 讨论

本次研究结果显示,观察组在心理状态、应对方式及生活质量方面均优于对照组,说明MPNFS理论指导下多方位护理有利于改善肺癌患者围术期心理状态、提高应对方式及生活质量。肺癌患者在面对疾病的过程中常常伴随着恐惧、焦虑、自卑等负面心理状态^[11-12]。常规护理只能提供简单的生理护理,而MPNFS理论指导下的综合护理可以通过心理干预、药物治疗、家庭关怀和社会支持等手段,全面关注和满足患者的心理需求^[13]。心理干预可以通过积极的引导和教育,帮助患者树立积极的心态,提高自我调控能力。心理干预可以通过呼吸训练、音乐想象和肌肉放松训练等方法,有助于患者释放焦虑和压力,调整情绪状态,提高对手术治疗的接纳度和应对能力^[14-15]。药物治疗的指导可以帮助患者更好地理解治疗过程,减轻心理负担。药物治疗是肺癌患者的重要治疗手段,然而药物的副作用与不良反应可能会给患者带来心理压力。通过向患者讲解药物治疗的重要性及不良反应的处理方法,患者可以更好地理解治疗的必要性,减轻心理上的负担^[16]。家庭关怀的指导和社会支持的提供可以增强患者的自我保健意识和社会支持系统^[17]。家庭关怀的指导可以帮助患者和家属更好地了解术后注意事项,增强患者的自我保健能力和依从性,同时鼓励家属积极参与患者的康复过程,为患者提供更多的支持和鼓励^[18]。社会支持通过邀请预后良好的患者进行现身说法,构建病友交流群等方式,可以帮助患者增加交流与分享的机会,提供情感支持和信息支持,减少患者面对疾病时的孤立感和焦虑感,提高生活质量^[19-20]。

综上所述,MPNFS理论指导下的多方位护理通过心理干预、临床护理和家庭关怀等措施,有助于改善肺癌患者围术期的心理状态、提高应对方式和生活质量。这些措施能够减轻患者的心理压力 and 恐惧感,并帮助他们减轻症状和不适,同时提供家庭和社会的支持,使患者更好地应对困境,增强内心的力量和信心。因此,MPNFS理论指导下的多方位护理对于肺癌患者围术期的护理非常重要和有效。

参考文献

- [1]Herbst RS,Wu YL,John T,et al.Adjuvant osimertinib for resected EGFR-mutated stage IB-IIIa non-small-cell lung cancer:updated results from the phase III randomized ADAURA trial[J].J Clin Oncol,2023,41(10):1830-1840.
- [2]Altorki N,Wang X,Kozono D,et al.Lobar or sublobar resection for peripheral stage IA non-small-cell lung cancer[J].N Engl J Med,2023,388(6):489-498.
- [3]National Lung Screening Trial Research Team.Lung cancer incidence and mortality with extended follow-up in the national lung screening trial[J].J Thorac Oncol,2019,14(10):1732-1742.
- [4]Felip E,Altorki N,Zhou C,et al.Overall survival with adjuvant atezolizumab after chemotherapy in resected stage II-IIIa non-small-cell lung cancer (IMpower010):a randomised, multicentre, open-label, phase III trial[J].Ann Oncol,2023,34(10):907-919.
- [5]Tsuboi M,Weder W,Escrui C,et al.Neoadjuvant osimertinib with/without chemotherapy versus chemotherapy alone for EGFR-mutated resectable non-small-cell lung cancer:NeoADAURA[J].Future Oncol. 2021,17(31):4045-4055.
- [6]Messaggi-Sartor M,Marco E,Martínez-Téllez E,et al.Combined aerobic exercise and high-intensity respiratory muscle training in patients surgically treated for non-small cell lung cancer:a pilot randomized clinical trial[J].Eur J Phys Rehabil Med,2019,55(1):113-122.
- [7]赫捷.肿瘤学概论[M].北京:人民卫生出版社,2018:152-153.
- [8]Theelen WSME,Chen D,Verma V,et al.Pembrolizumab with or without radiotherapy for metastatic non-small-cell lung cancer:a pooled analysis of two randomised trials[J].Lancet Respir Med,2021,9(5):467-475.
- [9]Cho BC,Ahn MJ,Kang JH,et al.Lazertinib versus gefitinib as first-line treatment in patients with EGFR-mutated advanced non-small-cell lung cancer:results from LASER301[J].J Clin Oncol,2023,41(26):4208-4217.
- [10]Remon J,Besse B,Aix SP,et al.Osimertinib treatment based on plasma T790M monitoring in patients with EGFR-mutant non-small-cell lung cancer (NSCLC):EORTC Lung Cancer Group 1613 APPLE phase II randomized clinical trial[J].Ann Oncol,2023,34(5):468-476.
- [11]Pastorino U,Silva M,Sestini S,et al.Prolonged lung cancer screening reduced 10-year mortality in the MILD trial:new confirmation of lung cancer screening efficacy[J].Ann Oncol,2019,30(7):1162-1169.
- [12]Bradley JD,Hu C,Komaki RR,et al.Long-term results of NRG oncology RTOG 0617:standard-versus high-dose chemoradiotherapy with or without cetuximab for unresectable stage III non-small-cell lung cancer[J].J Clin Oncol,2020,38(7):706-714.
- [13]Kenmotsu H,Sugawara S,Watanabe Y,et al.Adjuvant atezolizumab in Japanese patients with resected stage IB-IIIa non-small cell lung cancer(IMpower010)[J].Cancer Sci,2022,113(12):4327-4338.
- [14]Denis F,Basch E,Septans AL,et al.Two-year survival comparing web-based symptom monitoring vs routine surveillance following treatment for lung cancer[J].JAMA,2019,321(3):306-307.
- [15]Herbst RS,Majem M,Barlesi F,et al.COAST:an open-label,phase II,multidrug platform study of durvalumab alone or in combination with oleclumab or monalizumab in patients with unresectable,stage III non-small-cell lung cancer[J].J Clin Oncol,2022,40(29):3383-3393.
- [16]Takemura N,Cheung DST,Fong DYT,et al.Effectiveness of aerobic exercise and Tai Chi interventions on sleep quality in patients with advanced lung cancer:a randomized clinical trial[J].JAMA Oncol,2024,10(2):176-184.
- [17]Ahn MJ,Kim HR,Yang JCH,et al.Efficacy and safety of brigatinib compared with crizotinib in asian vs.non-Asian patients with locally advanced or metastatic ALK-inhibitor-naïve ALK+non-small cell lung cancer:final results from the phase III ALTA-1L study[J].Clin Lung Cancer,2022,23(8):720-730.
- [18]Gadgeel S,Peters S,Mok T,et al.Alectinib versus crizotinib in treatment-naïve anaplastic lymphoma kinase-positive (ALK+)non-small-cell lung cancer:CNS efficacy results from the ALEX study[J].Ann Oncol,2018,29(11):2214-2222.
- [19]Sidorenkov G,Stadhouders R,Jacobs C,et al.Multi-source data approach for personalized outcome prediction in lung cancer screening:update from the NELSON trial[J].Eur J Epidemiol,2023,38(4):445-454.
- [20]Bousema JE,Dijkgraaf MGW,van der Heijden EHFV,et al.Endosonography with or without confirmatory mediastinoscopy for resectable lung cancer:a randomized clinical trial[J].J Clin Oncol,2023,41(22):3805-3815.

(收稿日期: 2025-03-05)
(校对编辑: 赵望淇)