

癌症病人的生活质量及心理干预研究*

王建平¹ Freedom L² 林文娟³ 蔺秀云¹

(1. 北京师范大学心理学院, 北京, 100875; 2. 香港中文大学心理系, 香港;
3. 中国科学院心理研究所, 北京, 100101)

摘要 本研究在前期研究的基础上进一步探讨癌症病人的生活质量状况和心理干预的效果。运用病例对照实验设计, 选用生活质量问卷(QLQ-C30)作为主要调查工具, 采用两因素混合实验方差分析统计方法, 对120名住院化疗病人进行了比较分析。结果显示: 躯体功能(PF)、角色功能(RF)、情绪功能(EF)、认知功能(CF)和整体生活质量(QL)得分在治疗前后和实验与对照组之间的交互作用均显著和非常显著; 症状量表和单项症状中交互作用显著和非常显著的有: 疲乏(FA)、呼吸困难(DY)、失眠(SL)、食欲丧失(AP)。因此, 化疗对病人的生活质量有明显的影响, 经心理干预后癌症病人的各种功能状况和症状得到不同程度的改善。

关键词 生活质量 心理干预 癌症病人 QLQ-C30

中图分类号: R395.1 **文献标识码:** A **文章编号:** 1006-6020(2002)-04-0036-05

1 前言

癌症病人出现应激失调(如心境恶劣和抑郁心境影响的判断障碍)的发生率较高, Zabora等发现35%的癌症病人有高度的应激失调, 并随着疾病的进展而增加^[1]; Baider等报道, 乳腺癌病人患有强迫性思维, 具有类似于创伤后应激障碍的特点^[2]。随着医疗技术的迅猛发展, 癌症病人的存活期明显延长, 带病生存期的生活质量问题已经比较普遍; 同时各种医疗手段以及疾病本身对病人心理、生理等方面的影响, 均可造成病人以及整个家庭生活质量的下降^[3]。

临床肿瘤学家已经觉察出, 化疗引起的恶

心呕吐有相当的比例与病人的心理作用有关。近些年来的研究已证明这些反应是条件性的, 称为预期性或条件性恶心呕吐, 并对其产生的机制进行了探讨^[4-6]。预期性恶心呕吐是化疗的“心理副反应”, 根据学习理论, 这些反应是通过学习得来的, 那么, 通过再学习也可以消除这些反应。

由于癌症本身及其治疗的复杂性, 仅用手术、放疗、化疗以及生物治疗等是不够全面的, 不能满足病人对整体医疗和护理的需要。近些年来, 个体的、小组性的等各种形式的心理干预方法已运用于肿瘤临床, 帮助病人和他们的亲人面对癌症的诊断、治疗、复发和康复。大量的临床实践和研究均证明, 心理治疗性干预在肿瘤临床中是非常需要的^[7]。目前有一种趋势,

* 中科院知识创新工程(KSCX2-2-03)和国家自然科学基金(39830130)资助项目。

尤其是发达国家,将心理干预作为整体医疗的一部分,与肿瘤的传统治疗方法有机地整合在一起,辅助和增强传统治疗方法的效果,在延长病人生命的同时,提高病人的生存质量^[8]。

本研究者在前期研究的基础上,选取发病率比较高的肺癌以及存活率比较高、生存期比较长的乳腺癌作为研究对象,进行干预组和对照组的同期随机对照比较研究。

2 方 法

2.1 病人和分组

120名病人均为进行化疗的住院病人。全部病人均经病理确诊为肺癌或乳腺癌。采用随机对照的方法,将全部病人分为实验组(干预组)和对照组。实验组病人在住院期间接受心理干预,对照组病人除了不接受心理干预外,其余条件均与实验组基本匹配。

2.2 测查和干预

2.2.1 测查

所有病人都测查两次:治疗前(入院后,开始用药前);治疗后(用药结束后7天内)。

2.2.2 干预

首先征得病人及家属的同意,签署知情同意书。每个入组病人获得由作者编著的《情绪管理手册》一册,由作者与中央音乐学院音乐心理治疗中心合作制作的放松和意象想象磁带各一盒。利用病人治疗前一周的准备时间,对病人进行“适应性准备加放松内心意象法”的训练,训练方式采取个别和集中相结合。治疗期间每天听磁带进行个别练习,每周1次集体练习和辅导、咨询。适应性准备是指:在治疗前通过各种方式向病人介绍与治疗有关的知识,使病人作好心理上的准备;放松内心意象法是指:在肌肉放松的基础上进行意象性想象(如在彩色卡通图片的提示下想象身体内大量不同功能的免疫细胞发现、包围、杀死和清除癌细胞的过程),目的是重新焕发病人内部被压抑的抵抗疾病的力量,提高病人战胜疾病的信心。放松练习与化疗同时进行,以降低患者全身包括内脏肌肉的张力,减少、减轻患者的恶心呕吐反应。

2.3 测查记录单和评定量表

2.3.1 研究首页记录单

根据肿瘤临床特点和研究需要设计,内容包括病人的一般情况、医学特征、心理与其他特征以及卡氏评分标准等。

2.3.2 生活质量核心问卷[Quality of Life Questionnaire Core, QLQ-C30(3.0)]英文版^[9]

由欧洲癌症研究和治疗组织(European Organization for Research and Treatment of Cancer: EORTC)直接提供,并已证明可以在中国大陆使用^[10, 11]。是一个包含30个项目、自我报告形式的、经过信效度检验的、专门用于癌症病人的问卷。问卷由5个功能量表、1个整体生活质量量表(QL)、3个症状量表和6个单项测量项目组成。其中,功能量表分别为躯体的(PF)、角色的(RF)、情绪的(EF)、认知的(CF)和社会的(SF),得分越高表明功能越好;症状量表分别为疲乏(FA)、恶心/呕吐(NV)和疼痛(PA);单项测量项目为呼吸困难(DY)、失眠(SL)、食欲丧失(AP)、便秘(CO)、腹泻(DI)和经济影响(FI),得分越高症状越重。该问卷单个项目的完成率都非常高,各项心理测量学指标均符合要求。QLQ-C30的突出优点是,在不同国家和不同文化地区生活质量研究的结果中具有敏感的可比性,其信效度和敏感性已在多个国家得到验证,成熟地运用于癌症病人的临床研究^[9-10]。

3 结 果

3.1 被试一般情况和组间均衡性比较

年龄范围是29~79(其中肺癌组中位数54.5,乳腺癌组中位数47.5);肺癌组男性44名(占73.3%),女性16名(占26.7%);乳腺癌组全部为女性;高中及以下者38名(占31.7%),大中专50名(占41.7%),大学及以上者32名(占26.6%);行政干部和专业人员(含职员、公务员、教师)最多,83名(占69.2%);O型血者人数最多27名(占22.5%),其次是B型,23名(占19.2%);经历过化疗者86名(占71.7%);半数以上的病人是部分公费和大病统筹(78名,占65.0%);多数病人的功能状况比较好(卡氏功能评分范围60~100,中位数85.0)。实验组与对照组两组

间的均衡性比较结果是:乳腺癌组内各个因素的平均等级在两组间无显著性差异($p < 0.05$);肺癌组内大多数因素在实验组与对照组之间具有相同的分布,个别因素有差异:实验组肿瘤有转移的平均等级高于对照组($p < 0.05$),肿瘤临床分期的平均等级也高于对照

组($p < 0.05$)。

3.2 两组被试干预前后 QLQ-C30 得分的比较

取化疗前后干预组和对照组四组的 QLQ-C30 各量表得分,采用两因素混合实验的方差分析程序(MANOVA),进行因素间分析,分组(A因素)×时间(B因素)交互作用结果见表1。

表1 两组被试化疗前后 QLQ-C30 得分的因素间比较

量表		实验组(n=62)		实验组(n=58)		F(1,118)
		化疗前	化疗后	化疗前	化疗后	
功能量表	PF ^b	59.5(19.5) ^a	69.9(19.3)	63.3(29.5)	52.4(29.6)	4.39*
	RF	56.0(33.6)	67.5(32.7)	57.6(30.6)	50.2(30.0)	4.88*
	EF	57.6(28.0)	74.6(24.9)	64.4(21.8)	63.5(25.4)	9.95**
	CF	70.6(21.3)	76.7(24.2)	60.9(29.8)	55.2(27.9)	4.37*
	SF	46.5(30.8)	51.9(27.7)	45.9(26.6)	56.1(28.4)	0.54
	QL	50.8(23.7)	58.5(20.7)	61.9(24.5)	56.1(24.1)	6.30**
症状量表	FA ^c	50.6(22.9)	44.6(23.8)	38.7(30.2)	49.3(31.7)	7.52**
	NV	29.4(30.1)	24.7(28.2)	31.3(28.4)	36.8(32.1)	2.40
	PA	36.3(29.9)	26.8(26.6)	36.6(31.6)	35.1(27.9)	1.78
单项测量项目	DY	47.7(32.4)	36.6(30.9)	46.8(31.4)	52.1(33.3)	5.28*
	SL	51.9(32.5)	36.1(32.9)	37.4(32.2)	48.5(32.2)	13.01**
	AP	41.5(32.6)	36.1(32.9)	32.2(31.5)	42.1(31.8)	4.50*
	CO	33.3(34.2)	29.4(32.5)	27.5(28.3)	25.2(31.7)	0.05
	DI	20.8(28.7)	16.4(25.5)	33.9(33.0)	39.2(33.4)	2.84
	FI	50.3(35.3)	49.7(31.4)	45.3(30.3)	52.9(28.5)	2.61

注:* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$ 。

a: 经过 0~100 转换后的量表分,括号外是均值,括号内是标准差; b: 分数越高表示功能越好; c: 分数越高表示症状越明显; 缩写含义见方法部分。

由表1看出:功能量表中除了SF外,其余5个功能量表得分均交互作用显著和非常显著,具体分析结果描述如下:

躯体功能(PF):实验组和对照组的分组(A因素)主效应非常显著, $F_{(1,116)} = 9.72, p < 0.01$,化疗前和化疗后的时间(B因素)主效应显著, $F_{(1,116)} = 3.87, p < 0.05$; 分组×时间交互作用明显, $F_{(1,116)} = 4.39, p < 0.05$; 进一步子效应检验:对照组化疗后与化疗前比较PF的下降非常明显, $F_{(1,116)} = 8.18, p < 0.01$,实验组与对照组的差异非常显著, $F_{(1,116)} = 14.12, p < 0.01$ 。角色功能(RF):实验组和对照组的分组(A因素)主效应显著, $F_{(1,116)} = 3.94, p < 0.05$,化疗前和化疗后的时间(B因素)主效应不显著, $F_{(1,116)} = 0.02, p < 0.05$; 分组×时间交互作用明显, $F_{(1,116)} = 4.88, p < 0.05$; 进一步子效应检验:化疗后实验组与对照组的差异非常显著, $F_{(1,116)} = 8.45, p < 0.01$ 。情绪功能(EF):实验组和对照组的分组(A因素)主效应

不显著, $F_{(1,116)} = 0.32, p < 0.05$,化疗前和化疗后的时间(B因素)主效应非常显著, $F_{(1,116)} = 8.06, p < 0.01$; 分组×时间交互作用非常明显, $F_{(1,116)} = 9.95, p < 0.01$; 进一步子效应检验:实验组化疗后与化疗前比较EF值提高非常明显, $F_{(1,116)} = 18.44, p < 0.01$,化疗后实验组与对照组差异显著, $F_{(1,116)} = 5.52, p < 0.05$ 。认知功能(CF):实验组和对照组的分组(A因素)主效应非常显著, $F_{(1,116)} = 15.87, p < 0.01$,化疗前和化疗后的时间(B因素)主效应不显著, $F_{(1,116)} = 0.00, p < 0.05$; 分组×时间交互作用明显, $F_{(1,116)} = 4.37, p < 0.05$; 进一步子效应检验:化疗前实验组与对照组之间差异显著, $F_{(1,116)} = 4.04, p < 0.05$,化疗后两组差异非常显著, $F_{(1,116)} = 19.57, p < 0.01$ 。总体生活质量(QL):实验组和对照组的分组(A因素)主效应不显著, $F_{(1,116)} = 1.65, p < 0.05$,化疗前和化疗后的时间(B因素)主效应也不显著, $F_{(1,116)} = 0.12, p < 0.05$; 分组×时间交互作用明显,

$F_{(1,116)} = 6.30, p < 0.05$; 进一步子效应检验: 实验组化疗后与化疗前比较 QL 值上升明显, $F_{(1,116)} = 4.26, p < 0.05$, 化疗前实验组与对照组的差异显著, $F_{(1,116)} = 6.15, p < 0.05$ 。

症状量表和单项症状中交互作用显著和非常显著的是: FA、DY、SL、AP, 进一步子效应检验的结果为: 对照组化疗后与化疗前比较 FA 值上升明显, $F_{(1,116)} = 5.88, p < 0.05$; 实验组化疗后与化疗前比较 DY 值下降明显, $F_{(1,116)} = 4.81, p < 0.05$; 实验组化疗后与化疗前比较 SL 下降非常明显, $F_{(1,116)} = 9.30, p < 0.01$, 对照组化疗后与化疗前比较 SL 上升明显, $F_{(1,116)} = 4.27, p < 0.05$; 对照组化疗后与化疗前比较 AP 上升明显, $F_{(1,116)} = 3.62, p < 0.05$ 。

4 讨 论

上世纪 80 年代后期以来, 癌症病人生活质量的测查, 尤其是以生活质量研究为主题的临床实验, 在国外迅速增加^[12]。通过传统医学检查收集到的信息对于评定癌症病人与健康有关的问题是不够全面的, 尽管医生也关注病人的日常功能和满意感, 但医生的感觉并不能反应病人自己报告的躯体、心理和社会的状况^[13]。不同的医生其获取病人信息以及清楚阐明病人问题的能力是不同的。因此, 有必要使生活质量、心理社会功能的评定规范化。目前国际上用得比较多的测查工具是 EORTC 编制的 QLQ-C30, 并已在许多国家得到运用。

癌症的诊断和治疗造成病人心理功能和社会功能的紊乱或失调是非常普遍的。在诊断为癌症的头一年里, 病人基本上处于对癌症诊断及其治疗的应付过程, 他们需要比平时更多的关心、支持和照顾。本研究中经过心理干预的病人与对照组相比, 各种功能和整体生活质量状况普遍有所提高(表 1), 其中躯体功能、角色功能、情绪功能、认知功能以及整体生活质量状况改善明显, 尤其是病人情绪功能的改善非常明显($p < 0.01$)。干预组病人整体生活质量状况干预后比干预前有明显的提高, 但与对照组比较没有明显差别($p > 0.05$), 原因与干预前两组的基础值不同(对照组病人的 QL 明显高于干预组, $p < 0.05$, 表 1)有关, 而

造成两组基础值不同的原因与入组时实验组病人肿瘤转移的比例高于对照组($p < 0.05$), 肿瘤临床分期中晚期的比例也高于对照组($p < 0.05$)有关(组间均衡性比较结果部分); 进一步分析干预前后的时间因素和是否干预的组别因素的交互影响, 发现两者的交互作用是明显的($p < 0.05$), 由于时间因素的影响, 干预效果在两组间没有显示出来。

在肿瘤临床, 病人的各种与治疗有关的反应和症状以及反应的程度, 与病人的心理状态和态度有密切的关系。经过心理干预后, 病人的各种症状和治疗反应普遍呈下降趋势(表 1), 其中疲乏、呼吸困难、睡眠障碍和食欲丧失症状得到明显缓解, 尤其是失眠状况得到非常明显的改善($p < 0.000$)。癌症病人由于疾病本身、治疗反应、情绪问题的影响, 睡眠障碍比较普遍, 没有经过干预的病人, 住院治疗期间睡眠障碍比治疗前更加突出, 干预组的病人经过睡眠知识的讲解, 放松练习和催眠磁带的引导, 睡眠功能得到非常明显的改善, 部分病人停止了服用催眠药。这样在节约医药开支的同时, 减少了由药物引起的头昏、嗜睡、乏力等反应。睡眠改善后, 疲乏感以及焦虑情绪也随之有所缓解, 食欲增加。

5 结 论

癌症病人的各种功能状况和症状经心理干预后普遍得到不同程度的改善, 改善明显的功能状况是: 躯体功能、角色功能、情绪功能、认知功能和整体生活质量状况; 明显缓解的症状是: 疲乏、呼吸困难、失眠、食欲丧失。

参考文献

- [1] Zabora J R, Blanchard C G, Smith E D, et al. Prevalence of psychological distress across the disease continue. *Journal of Psychosocial Oncology*, 1997, 15(1): 73~ 87
- [2] Baider L, Kaplan D A. Psychological distress and intrusive thoughts in cancer patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1997, 18(5): 346~ 348
- [3] Osoba D, Tannock L F, Ernst D S, et al. Health-related quality of life in men with

- metastatic prostate cancer treated with prednisone alone or mitoxantrone and prednisone. *Journal of Psychosocial Oncology*, 1999, 17(6): 1654~ 1663
- [4] Hall G. Context aversion, pavlovian conditioning, and the psychological side effects of chemotherapy. *European Psychologist*, 1997, 2(2): 118~ 124
- [5] Tyc V L, Mulhern R K, Bieberich A A. Anticipatory nausea and vomiting in pediatric cancer patients: An analysis of conditioning and coping variables. *Development and Behavioral Pediatrics*, 1997, 18(1): 27~ 33
- [6] Montgomery G H, Bovbjerg D H. The development of anticipatory nausea in patients receiving adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Physiology and Behavior*, 1997, 61(5): 737~ 741
- [7] Fawzy F I, Fawzy N W, Arndt L A, et al. Critical review of psychosocial intervention in cancer care. *Archives General Psychiatry*, 1995, 52(2): 100~ 113
- [8] Langendijk J A, ten Velde G P, Aaronson N K, et al. Quality of life after palliative radiotherapy in non-small cell lung cancer: a prospective study. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 2000, 47(1): 149~ 155
- [9] Fayers P M, Aaronson N K, Bjordal K, et al. EORTC QLQ-C30 Scoring Manual. EORTC Study Group on Quality of Life, Brussels, 1999
- [10] 王建平, 陈仲庚, 林文娟. 中国癌症病人生活质量的测定——EORTC QLQ-C30 在中国的试用. *心理学报*, 2000, 32(4): 64~ 69
- [11] 王建平, 陈仲庚, 崔俊南. 癌症生活质量状况及影响因素研究. *中国临床心理学杂志*, 2000, 8(1): 23~ 26
- [12] 王建平, 林文娟, 崔俊南. 肿瘤病人生活质量的临床量表评. *心理学动态*, 2000, 8(4): 34~ 38
- [13] McLachlan S A, Allenby A, Matthews J, et al. Randomized trial of coordinated psychosocial interventions based on patient self assessments versus standard care to improve the psychosocial functioning of patients With Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 2001, 19(21): 4117~ 4125

Quality of Life and Psychological Intervention in Cancer Patients

WANG Jiar ping¹ LIN Wenjuan² Freedom Leung³ LIN Yun¹

(1. School of Psychology, Beijing Normal University, Beijing, 100875;

2. Institute of Psychology, Chinese Academy of Sciences, Beijing, 100101;

3. Department of Psychology, Chinese University of Hong Kong, Hong Kong)

Abstract

To further study the quality of life(QoL) and the effect of psychological intervention on cancer patients based on previous study. Method: 120 cancer patients were randomly assigned to one of two conditions formed by intervention and control group, and entire groups were measured two times(before and after chemotherapy). Quality of Life Questionnaire(QLQ-C30) was a main indicators for measuring the effects of psychological intervention. Results: There were significant mutual effects between the group factors(intervention or control group) and time factors(before or after chemotherapy) in

physical function(PF), role function(RF), emotional function(EF), cognitive function(CF) and global quality of life(QL), and in the symptoms of Fatigue(FA), dyspnoea(DY), insomnia(SL) and appetite loss(AP). Conclusions: There was the negative effect of chemotherapy on QoL in cancer patients. And the most indexes of QoL of intervention group patients were increased(factional scales) or decreased(symptoms scales and single items) in different levels after psychological intervention.

Key words: quality of life, psychological intervention, cancer patients, QLQ-C30