

【心理卫生】

# 头颈部肿瘤患者生存质量与应对方式及社会支持的相关性研究

梁 赛<sup>a</sup>, 谌永毅<sup>a</sup>, 许湘华<sup>b</sup>, 刘翔宇<sup>a</sup>

(中南大学湘雅医学院附属肿瘤医院 湖南省肿瘤医院 a. 护理部; b. 头颈外一科, 湖南 长沙 410013)

**【摘要】**目的 探讨头颈部肿瘤患者生存质量与应对方式及社会支持的相关性。方法 采用一般资料问卷、头颈部肿瘤生存质量测定特异性量表、社会支持评定量表、医学应对问卷对 73 例头颈部肿瘤患者进行调查。相关性分析采用 Pearson 相关性分析。结果 73 例头颈部肿瘤患者的生存质量得分为 (42.37±28.12) 分; 社会支持总分高于国内常模 ( $t=10.581, P<0.001$ ); 回避应对得分高于国内常模, 屈服应对得分和面对应对得分低于国内常模, 差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。相关性分析结果显示: 屈服应对方式与性生活 ( $r=0.274, P=0.020$ )、体质量丢失 ( $r=0.233, P=0.048$ ) 呈正相关。社会支持总分与头颈部肿瘤患者的疼痛 ( $r=-0.322, P=0.005$ )、感觉问题 ( $r=-0.333, P=0.004$ )、张口困难 ( $r=-0.234, P=0.046$ ) 呈负相关。结论 头颈部肿瘤患者生存质量处于中低水平, 社会支持程度较国内常模高, 应对策略较国内常模差, 有效的社会支持系统及应对方式有助于提高头颈部肿瘤患者生存质量。

**【关键词】** 头颈部肿瘤; 社会支持; 应对方式; 生存质量

**【中图分类号】** R473.73 **【文献标识码】** B **【DOI】** 10.16460/j.issn1008-9969.2017.10.062

头颈部肿瘤 (head and neck cancer, HNC) 居全球恶性肿瘤发病率第 6 位, 且每年全球新增头颈部肿瘤病例 50 万例<sup>[1]</sup>。在我国, 头颈部肿瘤约占全部恶性肿瘤的 19.9%~30.2%<sup>[2]</sup>。头颈部肿瘤病灶位置较为特殊, 包括上呼吸道、消化道、鼻窦等, 中国抗癌协会头颈肿瘤专业委员会表示手术和放疗是目前针对该类患者的主要治疗方式<sup>[3]</sup>。头颈部作为人类器官最为重要的部分之一, 对患者的生存质量具有关键的影响。随着医疗模式的转变, 人们对疾病治疗的观念发生了很大转变, 生存质量已经成为评价治疗质量的关键指标。生存质量 (quality of life, QOL) 又称为生活质量、生命质量, 癌症领域定义为综合评价癌症患者生活中身体功能、心理、社会、经济以及情绪等多方面因素与量的一个健康概念<sup>[4]</sup>。目前有关社会支持和应对方式对头颈部肿瘤患者生存质量影响的研究较少。因此本研究以头颈部肿瘤患者为研究对象, 调查社会支持及应对方式对头颈部肿瘤患者生存质量的影响, 以期更好地提高头颈部肿瘤患者的生存质量提供参考依据。

## 1 对象与方法

**1.1 调查对象** 选择 2016 年 3—6 月在湖南省某三级甲等肿瘤专科医院头颈外科住院治疗的肿瘤患者。纳入标准: (1) 病理确诊为头颈部肿瘤; (2) 患者

本人知晓病情; (3) 接受手术治疗; (4) 有一定的理解能力, 自愿参与本研究。排除标准: (1) 合并有其他重要器官 (如肝、肺、肾) 功能的严重损害或其他严重的慢性疾病; (2) 合并其他意识障碍疾病; (3) 不合作。

## 1.2 方法

### 1.2.1 研究工具

**1.2.1.1 一般资料调查问卷** 包括性别、年龄、教育程度、居住地、职业、家庭人均收入、医保类型、疾病诊断等。

**1.2.1.2 头颈部肿瘤生存质量测定特异性量表** 头颈部肿瘤生存质量测定特异性量表 (Head and Neck-cancer-specific Quality of Life Questionnaire of Organization for Research and Treatment of Cancer, EORTC-QLQ-H&N35), 该量表是欧洲癌症研究组织特别为头颈部恶性肿瘤设计<sup>[5]</sup>。该量表已被广泛用于头颈部肿瘤患者生存质量的评价。共 35 个条目, 包括 7 个症状领域和 11 个单项症状条目。7 个领域为疼痛、吞咽困难、感觉问题、语言问题、进食困难、社交困难、性生活。每项目采用 4 级评分, “没有”至“非常”评定 1~4 分。11 个单项为牙齿问题、张口困难、口干、唾液黏稠、咳嗽、感觉生病、使用止痛药、使用营养剂、使用鼻饲管、体质量减轻、体质量增加。各症状领域或单项症状条目得分越高, 说明其症状或问题愈严重, 生存质量越差, 将各个领域所包括的条目得分相加并除以条目数得到该领域的粗分, 再将粗分转换为 0~100 之间的标准分。标准分的计算方法为: 标准分 (S) = [(粗分-1)/得分极差] × 100<sup>[6]</sup>。头颈部肿瘤生存质量测定特异性量表的简体中文版本 Cronbach  $\alpha$  系数处于 0.623~0.970 之间<sup>[7]</sup>, 量表具有良好的信效度, 可以用来衡量中国头颈部肿瘤患者

【收稿日期】 2016-08-19

【基金项目】 中华护理学会基金项目 (ZHKY201506); 湖南省自然科学基金项目 (2015JJ4099)

【作者简介】 梁 赛 (1992-), 女, 河南周口人, 本科学历, 硕士研究生在读。

【通信作者】 谌永毅 (1962-), 女, 湖南安化人, 博士, 主任护师, 教授, 副院长。

的生命质量<sup>[8]</sup>。

1.2.1.3 医学应对问卷 (Medical Coping Modes Questionnaire, MCMQ) 该问卷共 20 个条目,各条目按 1~4 级计分,包括面对、回避、屈服 3 个维度,3 个维度的 Cronbach  $\alpha$  系数分别为 0.69、0.60、0.76,重测信度为 0.64、0.85、0.67。维度得分越高,说明此项应对方式应用越多<sup>[9]</sup>。

1.2.1.4 社会支持评定量表 (Social Support Rating Scale, SSRS) 该量表由肖水源设计,用于测量个体的社会支持情况,共 10 个条目,包括 3 个维度:客观支持、主观支持和对社会支持的利用度。量表的计分方法为:条目 1~4 和 8~10,每个条目只能选 1 项,选项 1~4 分别计为 1~4 分,条目 5 从“无”到“全力支持”共分为 4 项,分别计分为 1~4 分,条目 6、7 如回答“无任何来源”则计 0 分,回答“下列来源”者,有几个来源就记几分。各维度计分方法:客观支持总分为条目 2、6、7 的评分之和;主观支持总分为条目 1、3、4、5 评分之和;对支持的利用度总分为条目 8、9、10 评分之和;社会支持总分即 10 个条目之和。量表具有良好的重测信度,总分的重测相关系数为 0.92,各条目的重测相关系数为 0.89~0.90。该量表具有较好的信度和效度。总分即 10 个条目计分之和(12~66 分),总得分和各维度得分越高,说明社会支持程度越好<sup>[10]</sup>。

1.2.2 调查方法 采用研究人员询问、研究对象回答的方式收集资料,疾病相关资料通过查阅病历资料获得,共调查患者 80 例,回收有效问卷 73 份,有效率为 91%。

1.2.3 统计学方法 采用双人录入的方法建立数据库,并应用 SPSS 18.0 对资料进行统计分析。计量资料用  $\bar{X}\pm S$  表示,头颈部肿瘤患者社会支持、应对方式与生存质量的相关性采用 Pearson 相关分析, $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 一般资料 头颈部肿瘤患者 73 例,男 41 例(56%)、女 32 例(44%);年龄 30~40 岁 14 例(19%)、41~50 岁 19 例(26%)、51~60 岁 21 例(29%)、 $\geq 61$  岁 19 例(26%);婚姻状况:未婚 5 例(7%)、已婚 68 例(93%);教育程度:小学及以下 17 例(23%)、初中 23 例(32%)、高中/中专 20 例(27%)、大专 13 例(18%);职业:工人 20 例(27%)、农民 32 例(44%)、教师 4 例(6%)、退休人员 8 例(11%)、无业 9 例(12%);医保类型:农村合作医疗 48 例(66%)、职工城镇医保 23 例(32%)、自费 2 例(2%);家庭月收入: $\leq 1 000$  元 15

例(20%)、1 001~2 000 元 18 例(25%)、2 001~3 000 元 19 例(26%)、3 001 以上 21 例(29%);诊断:喉及咽部恶性肿瘤 44 例(60%)、甲状腺恶性肿瘤 8 例(11%)、甲状腺良性肿瘤(甲状腺、头皮)16 例(22%)、头皮恶性肿瘤 1 例(1%)、腮腺癌 2 例(3%)、其他 2 例(3%)。

2.2 头颈部肿瘤患者生存质量得分情况 73 例头颈部肿瘤患者的生存质量得分为(42.37 $\pm$ 28.12)分,总分为 0~100 分,处于中低水平。7 个领域得分由高到底依次为性生活、语言问题、吞咽困难、疼痛、进食困难、社交问题、感觉问题;单条目得分由高到低依次为:体质量丢失、感觉生病、营养支持、咳嗽、口干、唾液黏稠、药物止痛、牙齿、使用胃管、张口、体质量增加。见表 1。

表 1 73 例头颈部肿瘤患者生存质量得分情况( $\bar{X}\pm S$ ,分)

项目	得分
生存质量总分	42.37 $\pm$ 28.12
性生活维度	25.23 $\pm$ 31.02
语言问题维度	22.83 $\pm$ 28.44
吞咽困难维度	21.58 $\pm$ 29.98
疼痛维度	19.41 $\pm$ 22.48
进食困难维度	12.90 $\pm$ 20.22
社交困难维度	12.69 $\pm$ 19.88
感觉问题维度	9.80 $\pm$ 17.31
体质量丢失	50.68 $\pm$ 50.34
感觉生病	37.90 $\pm$ 34.83
营养支持	32.88 $\pm$ 47.30
咳嗽	27.40 $\pm$ 29.58
口干	26.03 $\pm$ 25.61
唾液黏稠	25.11 $\pm$ 27.66
止痛药物	24.66 $\pm$ 43.40
牙齿	23.74 $\pm$ 32.16
使用胃管	23.29 $\pm$ 42.56
张口困难	21.92 $\pm$ 26.19
体质量增加	13.90 $\pm$ 34.62

2.3 头颈部肿瘤患者应对方式得分情况 本研究 73 例头颈部肿瘤患者应对方式各维度得分分别与国内常模应对方式各维度得分<sup>[11]</sup>比较发现,回避应对得分高于国内常模水平,屈服应对得分和面对应对得分低于国内常模水平,差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 2。

表 2 头颈部肿瘤患者应对方式与国内常模比较( $\bar{X}\pm S$ ,分)

项目	n	回避应对	屈服应对	面对应对
头颈部肿瘤患者	73	15.70 $\pm$ 3.19	7.95 $\pm$ 2.61	17.89 $\pm$ 2.72
国内常模	650	14.44 $\pm$ 2.97	8.81 $\pm$ 3.17	19.48 $\pm$ 3.81
t		3.368	2.827	5.001
P		0.001	0.006	<0.001

2.4 头颈部肿瘤患者社会支持得分情况 73 例头颈部肿瘤患者的社会支持总分(42.66 $\pm$ 6.99)分,主观社会支持(26.10 $\pm$ 4.63)分,客观社会支持(9.26 $\pm$ 2.77)分,社会支持利用度(7.30 $\pm$ 2.15)分。本研究社会支持总体得分与国内常模(34.56 $\pm$ 3.73)<sup>[12]</sup>比较差异具有

统计学意义( $t=10.581, P<0.001$ )。

2.5 头颈部肿瘤患者生存质量与应对方式、社会支持的相关性分析 Pearson 相关分析,结果显示屈服应对方式与性生活( $r=0.274, P=0.020$ )、体质量丢失( $r=0.233, P=0.048$ )呈一定正相关。社会支持总分与头颈部肿瘤患者的疼痛( $r=-0.322, P=0.005$ )、感觉问题( $r=-0.333, P=0.004$ )、张口困难( $r=-0.234, P=0.046$ )

呈一定负相关。主观社会支持与性生活( $r=-0.240, P=0.042$ )、疼痛( $r=-0.330, P=0.004$ )、感觉问题( $r=-0.342, P=0.003$ )呈一定负相关。社会支持利用度与张口困难( $r=-0.251, P=0.032$ )、唾液黏稠( $r=-0.278, P=0.017$ )呈一定负相关,与体质量增加( $r=0.262, P=0.025$ )呈一定正相关。见表 3。

表 3 头颈部肿瘤患者生存质量与应对方式、社会支持的相关性分析( $n=73, r$ )

项目	应对方式			社会支持			
	面对	屈服	回避	社会支持总分	主观社会支持	客观社会支持	社会支持利用度
生存质量总分	0.024	0.109	-0.143	-0.051	-0.031	0.046	-0.157
性生活维度	-0.153	0.274*	-0.202	-0.226	-0.240*	-0.017	-0.194
社交困难维度	-0.017	0.044	-0.051	-0.102	-0.137	0.028	-0.071
疼痛维度	0.147	0.022	-0.125	-0.322**	-0.330**	-0.140	-0.159
吞咽困难维度	0.155	0.009	0.008	-0.075	-0.023	0.012	-0.210
语言问题维度	-0.019	-0.076	-0.061	-0.030	-0.007	0.016	-0.102
进食困难维度	0.051	0.042	-0.075	-0.038	0.024	0.032	-0.216
感觉问题维度	0.018	0.012	-0.193	-0.333**	-0.342**	-0.117	-0.199
张口困难	0.132	-0.057	-0.003	-0.234*	-0.216	-0.035	-0.251*
牙齿	-0.092	-0.050	-0.105	0.028	-0.016	0.158	-0.078
口干	0.015	0.070	-0.016	-0.149	-0.170	-0.032	-0.077
唾液黏稠	-0.055	0.103	-0.170	-0.063	-0.005	0.064	-0.278*
漱口	-0.026	0.133	-0.161	-0.001	0.001	-0.020	0.021
感觉生病	-0.024	0.171	-0.154	-0.102	-0.037	-0.070	-0.161
止痛药物	-0.012	0.037	-0.116	0.079	0.099	0.050	-0.021
营养支持	0.093	0.004	-0.182	0.156	0.093	0.114	0.161
使用胃管	0.022	-0.038	0.083	0.149	0.158	0.160	-0.063
体质量丢失	-0.060	0.233*	0.019	-0.001	0.092	-0.026	-0.169
体质量增加	0.090	-0.007	-0.012	0.152	0.096	0.020	0.262*

注:\*表示  $P<0.05$ , \*\*表示  $P<0.01$

### 3 讨论

3.1 头颈部肿瘤患者的生存质量处于中低水平  
本研究结果显示,头颈部肿瘤患者的生存质量得分为( $42.37\pm 28.12$ )分,总分为 0~100 分,处于中低水平。低于余燕的调查结果( $47.29\pm 9.20$ )分<sup>[6]</sup>,说明我国头颈部肿瘤患者的生存质量有待进一步提高。头颈部肿瘤患者生存质量各维度得分最高的领域是性生活得分( $25.23\pm 31.02$ )分,说明患者性生活问题较突出。可能的原因是患者被诊断为癌症会产生心理应激反应,包括抑郁和焦虑障碍。可能是因为与正常人群相比,癌症患者的负性心理反应升高,其心理健康水平明显降低,从而导致其更倾向于采取回避应对等消极的应对方式,这些因素都会影响患者的性功能和性生活状况。张莉认为口腔颌面部恶性肿瘤病情较特殊,可引起面部外观异常,患者较易产生焦虑、抑郁、恐惧等负面情绪,直接影响到患者的生活质量<sup>[13]</sup>。本研究中语言功能和吞咽功能得分较高,分别排在第 2 位和第 3 位。这与 Dwivedi 等研究结果一致<sup>[14]</sup>。本研究中以喉及咽部恶性肿瘤患者居多,喉及咽部是连接颅脑和颈部的关键部位,也是呼吸道及消化道的起点,兼顾进食咀嚼、表达语言、面部表

情及呼吸等重要功能,一旦发生损伤则会影响到上述功能,部分损伤还会降低患者口腔生理功能,造成语言和吞咽障碍<sup>[15]</sup>。

单条目中体质量丢失的得分最高,说明患者的体质量丢失较严重,营养支持不良。头颈部肿瘤,尤其是口腔颌面部恶性肿瘤患者术后无法经口进食,只能通过鼻饲管进食。鼻饲为头颈外科术后患者提供营养支持,是目前一种有效、安全和必需的治疗手段,不同的手术采用不同的管饲方法,其目的是维持营养,促进伤口愈合,增强抵抗力。但在营养支持过程中,患者往往存在营养制剂不耐受的现象,如胃胀、腹泻、便秘等问题,从而使患者营养供应不佳,导致体质量下降。因此,合理地选择营养制剂的种类、温度、速度等有助于患者达到合理的营养需求。邵永春等<sup>[16]</sup>认为口腔颌面部恶性肿瘤患者术后早期使用整蛋白型肠内营养制剂进行营养支持,可减轻患者胃肠道刺激,对患者营养状况和免疫功能的恢复较自制匀浆膳效果更好。

3.2 头颈部肿瘤患者社会支持程度高于国内常模  
本研究结果显示:头颈部肿瘤患者社会支持总分( $42.66\pm 6.99$ )分高于国内常模<sup>[12]</sup>( $34.56\pm 3.73$ )分,说

明头颈部肿瘤患者得到了较多的社会支持。社会支持包括客观支持、主观支持和对支持的利用度。客观支持是指当患者遇到困难的时候,能够获得的来自外界的关心和支持,包括配偶、家人、朋友等方面;主观支持是指患者能够主观地感受到来自外界的关心,并且在需要帮助的时候有可以求助的对象。本研究中大部分的患者都有配偶、家人或子女的陪护,这使得患者在需要帮助时能得到他人的帮助和支持。另外可能的原因是,该院建设有临床心灵关怀室,医护人员重视患者的心理心灵关怀。针对患者患病过程中出现的紧张、恐惧、抑郁情绪及各种精神、心理问题,为患者及其家属提供专业的、整体的临床心灵关怀服务,包括情感的支持和帮助<sup>[17]</sup>。

**3.3 头颈部肿瘤患者应对策略较国内常模差** 本研究结果显示,头颈部肿瘤患者面对应对低于国内常模( $P<0.001$ )。这可能是因为在患病期间不仅丧失了劳动的能力,而且要花费大笔的医疗费用及家人的精力,影响其家庭生活,患者从社会角色转变到患者角色形成巨大反差,角色功能丧失导致自我概念紊乱,自我价值感的短暂丧失所致<sup>[18]</sup>。本研究结果显示头颈部肿瘤患者回避应对得分高于国内常模( $P<0.01$ )。可能的原因是与患者大部分是中年男性,原本作为家庭的精神和经济支柱,在患者患病之后产生了无助感和孤立感。崔海林等<sup>[19]</sup>认为由于个体对待疾病的心理以及认识的不同,个体对疾病的应对方式也不同,应对方式中的回避和屈服应对会增加患者的应激反应,降低机体对疾病的防御能力,不利于病情的恢复。但也有研究表明<sup>[20]</sup>回避可以缓和应激情绪,本身对患者具有保护作用,同时回避应对可以为患者赢得必要的调整时间,从而有利于问题的最终解决。

**3.4 头颈部肿瘤患者屈服应对方式与生存质量中性生活、体质量丢失呈一定正相关** 本研究对头颈部肿瘤患者进行生存质量与应对方式的相关性分析,结果显示应对方式与患者的总体生存质量影响,差异不具有统计学意义( $P>0.05$ )。国外有研究表明生活事件和应对方式等因素对被调查者的健康状况评分的影响差异无统计学意义<sup>[21]</sup>,与本研究结果一致。可能的原因是心理应对方式的位置处于应激与健康之间,应激能否引起健康损害与应激源的强度、社会支持、性格特征、和生活经历有关<sup>[22]</sup>,具体原因尚值得进一步研究。由表 3 可见,屈服应对方式与性生活、体质量丢失呈一定正相关,可能的原因是人类性行为是生理、心理和社会因素综合作用的结果<sup>[23]</sup>。而屈服通常被认为是一种增加患者心理压力

的消极应对方式,与不良的心身健康相关<sup>[24]</sup>。性功能与健康状况相关,包括心理社会因素,是一个多维的动态的问题。另有研究表明癌症患者家庭的总体功能与正常家庭存在显著性差异,主要是沟通、情感的家庭功能弱化<sup>[25]</sup>。这些因素都会影响患者的性功能和性生活状况。岑俏丹等<sup>[26]</sup>认为配偶参与动机性访谈能改善中青年癌症患者出院后性生活应对状况,使患者积极乐观面对和解决问题,从而提高其生活质量。另外,应对方式反映个体对各种应激事件相对稳定的应对行为和认识活动,消极应对方式可以加重应激<sup>[27]</sup>。而应激会引起患者交感神经兴奋,肾上腺皮质分泌增多为主的一系列神经内分泌反应,影响患者的新陈代谢及其他机体功能,导致营养吸收不良<sup>[28]</sup>,致体质量下降。

**3.5 头颈部肿瘤患者社会支持与生存质量存在一定相关性** Andrew 等研究结果发现社会支持在危机情境下的支持项分与一般健康问卷评分成反比,且独立于生活事件和应对方式等因素的影响<sup>[21]</sup>。由表 3 可见,社会支持总分与头颈科肿瘤患者的疼痛、感觉问题、张口困难呈一定负相关( $P<0.05$ );主观社会支持与性生活、疼痛、感觉问题呈一定负相关( $P<0.05$ );社会支持利用度与张口困难、唾液黏稠呈负相关( $P<0.05$ ),与体质量增加呈一定正相关( $P<0.05$ )。可能的原因是:首先,良好的社会支持对应激起缓冲作用,有利于健康,使患者在主观感觉趋向有利的一面。其次,良好的社会支持系统保障了患者及家属健康教育资源的及时性和准确性,患者的疼痛症状能够得到及时缓解,同时促使患者及家属正确应对疾病,适时进行功能锻炼,减少了张口困难的发生程度。再次,良好的支持系统使患者手术后在院期间,能够合理地接受肠内营养,保障了患者获得疾病康复必须的营养需求,减少了患者体质量减轻的发生。社会支持既包括物质经济支持也包括情感心理支持。头颈部肿瘤患者是特殊的肿瘤人群,尤其是舌癌和喉癌的患者,因其术后发音功能的降低或者丧失,会严重影响患者的生理功能、社会功能及心理功能,因此较其他恶性肿瘤患者更需要社会支持。

**3.6 改善头颈部肿瘤患者生存质量的护理对策** 社会与家庭是 2 个主要的排解压力的支持系统,家庭是患者的重要精神支柱,家属陪伴是影响整体舒适的正向因素,密切的家庭关系有助于患者更好地缓解面对疾病的心理压力。因此,在今后的临床护理工作中,医护人员要鼓励患者的家属、朋友给予患者充分的支持与理解,注意及时疏导患者焦虑,使患者能够正确地感知疾病、积极地接受支持,主动地利用

现有的社会支持系统。在护理工作中特别注意<sup>[29]</sup>严密监测患者的生命体征,包括:体温、脉搏、呼吸、血压和意识变化等;为患者创造安静舒适的修养环境,告知患者与家属术后姿势限制的目的;做好手术创面的护理;口腔与上呼吸道护理;移植皮瓣的护理;改善营养支持的效果;另外要做好患者的心理护理,加强对患者家属的宣教,尤其是喉切除术后康复指导<sup>[30]</sup>,鼓励患者积极面对现实,配合治疗,积极进行功能锻炼,强调正确的应对方式用于头颈部肿瘤治疗的良好效果。头颈部肿瘤患者的社会支持程度高于国内常模,而应对策略较国内常模差。医护人员在临床工作中,对头颈部肿瘤患者进行针对性的心理疏导,帮助患者提高家庭功能,尽可能避免采取屈服的应对方式,促使其建立积极的应对方式。同时对头颈部肿瘤患者进行针对性的评估,加强护理专业性社会支持,努力协调患者个人、家庭和社区等外部社会支持,以更好地改善和提升患者的支持系统。促进患者生理、心理、精神、家庭和社会功能的系统康复的目的,促进患者疾病恢复,减轻乃至消除症状,提高生存质量。

#### 参 考 文 献

- [1] Barber B, Dergousoff J, Nesbitt M, et al. Depression as a Predictor of Postoperative Functional Performance Status (PFPS) and Treatment Adherence in Head and Neck Cancer Patients: A Prospective Study[J]. *J Otolaryngol Head Neck Surg*, 2015,44(1):1-8. DOI:10.1186/s40463-015-0092-4.
- [2] 陈达桂,黄海欣,李桂生. 多西紫杉醇联合奈达铂治疗晚期头颈部肿瘤 30 例临床分析[J]. *中国医药科学*, 2012,3(2):60-63.
- [3] 中国抗癌协会头颈肿瘤专业委员会. 头颈部肿瘤综合治疗专家共识[J]. *中华耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2010, 45(7): 535-541. DOI:10.3760/cma.j.issn.1673-0860.2010.07.003.
- [4] 王国妃,王曙红,姜萍岚,等. 瑜伽运动对乳腺癌患者化疗期生存质量的影响[J]. *中华护理杂志*, 2015,50(8):937-941. DOI:10.3761/j.issn.0254-1769.2015.08.009.
- [5] Sherman A C, Simonton S, Adams D C, et al. Assessing Quality of Life Inpatients with Head and Neck Cancer: Cross-validation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer(EORTC) Quality of Life Head and Neck Module(QLQ-H&N35)[J]. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 2000,126(4):459-467.
- [6] 余 燕. 营养、心理相关因素对头颈癌放疗患者生存质量影响的探讨[D]. 福州:福建医科大学, 2010. DOI:10.7666/d.y1711746.
- [7] 张雪芳,郑巧兰,郝元涛,等. EORTC QLQ C30/H&N35 在鼻咽癌患者生存质量中的应用评价[J]. *新医学*, 2013,44(7): 467-471.
- [8] Yang Z, Meng Q, Luo J, et al. Development and Validation of the Simplified Chinese Version of EORTC QLQ-H&N35 for Patients with Head and Neck Cancer[J]. *Support Care Cancer*, 2012,20(7):1555-1564. DOI:10.1007/s00520-011-1247-0.
- [9] 付凤齐,王志稳,万巧琴,等. 社会支持和应对方式对维持性血液透析患者生存质量的影响[J]. *中华护理杂志*, 2006, 14(2):130-132.
- [10] 汪向东,王希林,马 弘. 心理卫生评定量表手册(增订版)[M]. 北京:中国心理卫生杂志社, 1999.
- [11] 沈晓红,姜乾金. 医学应对方式问卷中文版 701 测试报告[J]. *中国行为医学科学*, 2000,9(1):18-20. DOI:10.3760/cma.j.issn.1674-6554.2000.01.008.
- [12] 李西娟,吴淑华,史媛媛,等. 血液透析患者社会支持与应对方式的相关性分析[J]. *中华护理杂志*, 2013,48(5):442-444. DOI:10.3761/j.issn.0254-1769.2013.05.019.
- [13] 张 莉. 循证护理干预对口腔颌面部恶性肿瘤患者负面情绪及生活质量的影响[J]. *临床医学研究与实践*, 2016, 1(17):135-136.
- [14] Dwivedi R C, Chisholm E J, Khan A S, et al. An Exploratory Study of the Influence of Clinico-demographic Variables on Swallowing and Swallowing-related Quality of Life in a Cohort of Oral and Oropharyngeal Cancer Patients Treated with Primary Surgery[J]. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 2012, 269(4):1233-1239. DOI:10.1007/s00405-011-1756-y.
- [15] 张 蕾. 探讨口腔颌面部恶性肿瘤患者围术期护理措施[J]. *实用临床医药杂志*, 2014,18(8):102-103,106. DOI:10.7619/jcmp.201408038.
- [16] 邵永春,岳玉桃,李会仙. 口腔颌面部恶性肿瘤病人术后肠内营养的疗效观察[J]. *肠外与肠内营养*, 2011,18(5): 284-286. DOI:10.3969/j.issn.1007-810X.2011.05.009.
- [17] 沈波涌,谌永毅,汤新辉. 在肿瘤患者中实施临床心灵关怀的管理与实践[J]. *中国护理管理*, 2012,12(5):65-66. DOI:10.3969/j.issn.1672-1756.2012.05.020.
- [18] 程 芳,王玉娟,王 薇. 头颈部肿瘤患者放射治疗期间舒适水平及其影响因素的研究[J]. *中华护理杂志*, 2014, 49(3):304-308. DOI:10.3761/j.issn.0254-1769.2014.03.013.
- [19] 崔海琳,肖晓岚. 甲状腺乳头状癌患者疾病应对方式与生活质量的相关性研究[J]. *中国护理管理*, 2015,15(9):1111-1113. DOI:10.3969/j.issn.1672-1756.2015.09.027.
- [20] 李惠萍,王德斌,杨娅娟,等. 老年癌症患者自我感受负担与社会支持和应对方式的相关性[J]. *中国老年学杂志*, 2014, 34(5):1345-1347. DOI:10.3969/j.issn.1005-9202.2014. 05.086.
- [21] 蔡焯基,翁永振. 精神分裂症-病因·诊断·治疗·康复[M]. 北京:科学出版社, 2000.
- [22] 王晓蕾. 应激对生活质量作用研究进展[J]. *健康研究*, 2009,29(4):294-297. DOI:10.3969/j.issn.1674-6449.2009.04. 014.
- [23] 乐 杰. 妇产科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社, 2008.
- [24] 张作记. 行为医学量表手册[M]. 北京:中华医学电子出版社, 2005.
- [25] 仲冬梅,毛鑫群,蒋 艳,等. 癌症患者家庭功能的研究现状[J]. *解放军护理杂志*, 2014, 31(12):35-38. DOI:10.3969/j.issn.1008-9993.2014.12.011.
- [26] 岑俏丹,许惠明,岑相如,等. 配偶参与动机性访谈对中青年癌症患者出院后性生活应对状况的影响[J]. *护理实践与研究*, 2016,13(10):54-55. DOI:10.3969/j.issn.1672-9676.2016. 10.026.
- [27] 宋江艳,王维利,李惠萍,等. 肿瘤化疗患者抑郁情绪与应对方式生活质量相关性分析[J]. *护理学报*, 2010,17(3A): 5-8. DOI:10.3969/j.issn.1008-9969.2010.05.002.
- [28] 孙 惠,方 芬,吉 凯,等. 老年患者口腔颌面部肿瘤术后应激反应期的营养支持研究[J]. *中华老年口腔医学杂志*, 2014,12(1):23-25.
- [29] 唐 亚,纪迎迎,管兆兰,等. Orem 自理理论在口腔颌面部肿瘤术后护理中的应用[J]. *中国肿瘤外科杂志*, 2015,7 (6):403-405. DOI:10.3969/j.issn.1674-4136.2015.06.021.
- [30] 李 晶,田兴德. 喉部分切除术后纤维内镜下吞咽评估结合康复护理的效果评价[J]. *护理学报*, 2013,20(5B):60-62.

[本文编辑:方玉桂 谢文鸿]