

全子宫切除患者健康心理控制源与社会支持的相关性

杨 兰^{1,2},王欣怡²,方淑芹²,张延红²,崔 会²,耿晓静²

(1.承德医学院,河北 承德 067000;2.承德医学院附属医院,河北 承德 067000)

摘要:目的 了解全子宫切除患者健康心理控制源与社会支持现状,分析两者之间的关系。方法 2019 年 9~12 月采用一般资料调查表、多维度健康心理控制源量表、社会支持评定量表对承德市某三级甲等医院妇科 120 例全子宫切除患者的心理倾向性及社会支持水平进行问卷调查。结果 ①患者多维度健康心理控制源的外部权威人士控制源得分为(23.63±4.30)分、机遇控制源得分为(20.98±5.35)分、内部控制源得分为(20.40±3.82)分;②不同年龄的患者外部权威人士控制源得分比较,差异有统计学意义($P<0.05$),内部控制源及机遇控制源得分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);不同婚姻状况的患者内部控制源及外部权威人士控制源得分比较,差异有统计学意义($P<0.05$),机遇控制源得分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);不同文化程度及照顾者的患者机遇命运控制源得分比较,差异有统计学意义($P<0.05$),内部控制源及外部权威人士控制源得分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);不同职业及居住方式的患者内部控制源、外部权威人士控制源、机遇控制源得分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);③患者社会支持水平总分(37.23±7.10)分,各维度得分从低到高依次为对社会支持利用度、客观支持、主观支持。④全子宫切除患者社会支持与内部控制源呈正相关($r=0.209$, $P<0.05$),与机遇控制源呈负相关($r=-0.196$, $P<0.05$)。结论 全子宫切除患者心理控制源倾向于外部权威人士控制源,社会支持处于中等水平,社会支持与健康心理控制源具有一定的相关性,建议医护人员根据其相关性给予患者心理疏导和社会支持,改善患者健康水平。

关键词:全子宫切除术;社会支持;健康心理控制源

中图分类号:R395.9

文献标识码:A

DOI:10.3969/j.issn.1006-1959.2020.15.027

文章编号:1006-1959(2020)15-0089-04

Correlation Between Health Control and Social Support in Patients with Total Hysterectomy

YANG Lan^{1,2},WANG Xin-yi²,FANG Shu-qin²,ZHANG Yan-hong²,CUI Hui²,GENG Xiao-jing²

(1.Chengde Medical College,Chengde 067000,Hebei,China;

2.the Affiliated Hospital of Chengde Medical College,Chengde 067000,Hebei,China)

Abstract:Objective To understand the current status of psychological control and social support in patients with total hysterectomy, and analyze the relationship between the two.Methods From September to December 2019, a general data questionnaire, a multi-dimensional health psychological control scale, and a social support rating scale were used to evaluate the psychological orientation and social support of 120 patients with total hysterectomy in the department of gynecology in a tertiary A hospital in Chengde City conduct a questionnaire survey.Results ①The patient's multi-dimensional health psychological control source has an external authority score of (23.63±4.30) points, an opportunity control source score of (20.98±5.35) points, and an internal control source score of (20.40±3.82) points; ②There was a statistically significant difference in the scores of external authorities of patients of different ages ($P<0.05$), and there was no significant difference in the scores of internal control sources and opportunistic control sources ($P>0.05$); patients with different marital status The comparison of the scores of the control source and the external authority, the difference was statistically significant ($P<0.05$), the comparison of the scores of the opportunity control source, the difference was not statistically significant ($P>0.05$); patients with different education levels and caregivers had control of chance and fate comparison of source scores was statistically significant ($P<0.05$), There was no statistically significant difference between the scores of internal control sources and external authority sources of control ($P>0.05$); There were no statistically significant differences in the scores of patients' internal control sources, external authorities' control sources, and opportunity control sources for different occupations and residence styles ($P>0.05$); ③The total score of patients' social support levels (37.23±7.10), each dimensional scores from low to high are the most supportive utilization to society, objective support, and subjective support. ④The social support of patients with total hysterectomy was positively correlated with internal control sources ($r=0.209$, $P<0.05$), and negatively correlated with opportunity control sources ($r=-0.196$, $P<0.05$).Conclusion The source of psychological control of patients with total hysterectomy tends to be controlled by an external authority, and social support is at a moderate level. Social support has a certain correlation with the source of health psychological control. It is recommended that medical staff provide patients with psychological counseling and social support based on their correlation. Improve the health of patients.

Key words: Total hysterectomy;Social support;Healthy psychological control source

目前,妇科肿瘤已成为临床常见恶性肿瘤(如子宫颈癌、卵巢癌等),我国每年子宫颈癌新发病例约有 13.15 万,卵巢癌新发病例 20 万^[1]。子宫全切除术是早期子宫颈癌、卵巢癌的首选治疗方法,但对患者术后生活质量有一定影响,如患者提早进入更年期、尿失禁、抵抗力下降、性生活下降、生育能力缺失等。据数据显示,有 71.3%全子宫切除患者存在不同程

度的心理问题(如抑郁、恐惧、焦虑)^[2]。健康心理控制源是指个体将健康结果的原因归咎于自身因素或是外部其他不可控的环境或命运因素^[3]。社会支持指精神及物质上的帮助和支持,包括家人、朋友等各方面。研究显示,心理控制源及社会支持为心理健康的主要影响因素^[4],有效的评估及干预可降低并发症的发生率及复发率,促进心理健康。目前国内健康心理控制源与社会支持的研究较少,本研究对我院全子宫切除患者的心理控制源与社会支持现状及关系进行探索,旨在为医护人员制定个体化的护理措施提供依据。

作者简介:杨兰(1994.9-),女,黑龙江大庆人,硕士研究生,护师,主要从事临床护理工作

通讯作者:王欣怡(1964.4-),女,河北承德人,本科,主任护师,主要从事临床护理工作

1 对象与方法

1.1 研究对象 采用便利抽样的方法,于 2019 年 9~12 月选取河北省承德市某三级甲等医院妇科收治的全子宫切除患者为研究对象。纳入标准:①经病理组织学检查确诊为妇科肿瘤;②年龄 ≥ 18 岁。排除标准:①沟通障碍及意识不清患者;②伴有听力障碍患者;③合并脑、心、肺严重的器质性疾病或其他恶性肿瘤。所有患者均对本次调查知情同意。根据问卷调查类研究样本含量的估算^[9],样本量选取应为量表条目数的 5~20 倍,本研究中量表条目数最多的健康心理健康控制源为 18 个条目,样本量选取为条目数的 5 倍,最终确定样本量至少为 120 例。

1.2 调查工具

1.2.1 一般资料调查表 该量表由课题组成员通过阅读文献讨论后自行设计,包括:年龄、婚姻状况、文化程度、职业、居住方式、照顾者。

1.2.2 社会支持评定量表(SSRS) 该量表是由肖水源^[9]编制,社会支持指根据个体的社会支持情况,对形成个体心理障碍的社会环境原因做出可能性预测。此量表共 10 条目,3 个维度,包括客观支持(3 个条目)、主观支持(4 个条目)及对社会支持的利用度(3 个条目)。客观支持得分为条目 2、6、7 之和;主观支持得分为条目 1、3、4、5 之和;对社会支持的利用度得分为条目 8、9、10 之和。总分为 10 个条目分数之和,最高分为 66 分;总分得分越高,社会支持程度越高。此量表重复测量 Cronbach's α 系数为 0.85,效度较好。

1.2.3 多维度健康心理控制源(MHLC-C)^[10] 该量表用于测量全子宫切除术患者的健康心理控制源类型,包括内部控制源(I)量表、外部权威人士控制源(P)量表和机遇控制源(C)量表,共 3 个分量表。每个分量表均有 6 个条目,按 1~6 分评分,每个条目的含义分为很不赞成、不赞成、不太赞成、基本赞成、赞成、很赞成。总分 6~36 分,某个分变量分越高,代表个体心理控制源的倾向性越强。

1.3 调查方法 采用问卷展开调查,首先由调查者说明此研究的目的及意义,征得研究对象许可后发放。在研究对象办理入院手续并签订手术同意书后填写,由调查者详细介绍填写要求,研究对象独立做出选择。问卷当场发放及收回,保证问卷的有效性。比较不同基本特征全子宫切除术患者的健康心理控制源情况,分析患者健康心理控制源倾向类型及社会水平,全子宫切除术患者健康心理控制源与社会支持的相关性。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 21.0 软件对资料进行录入及分析。计数资料采用($n, \%$)进行描述;计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,比较采用 t 检验、单因素方差分析;两者之间的相关性采用 Pearson 相关性分析;非正

态分布采用 Spearman 相关性分析。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 全子宫切除术患者的一般资料情况 共调查 120 例患者,其中 < 45 岁 43 例、占 35.83%,45~59 岁 54 例、占 45.00%, ≥ 60 岁 23 例、占 19.17%;学历:初中以下 71 例、占 59.17%,高中及大专 32 例、占 26.67%,本科及以上 17 例、占 14.17%;婚姻状况:已婚 87 例、占 72.50%,离异 22 例、占 18.33%,丧偶 11 例、占 9.16%;职业:农民 93 例、占 77.50%,退休 14 例、占 11.67%,其他 13 例、占 10.83%;居住方式:独居 13 例、占 10.83%,非独居 107 例、占 89.17%;照顾者:配偶 84 例、占 70.00%,子女 21 例、占 17.50%,姐妹 15 例、占 12.50%。

2.2 不同年龄、职业、婚姻状况等变量的全子宫切除患者健康心理控制源比较 不同年龄的患者外部权威人士控制源得分比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),内部控制源及机遇控制源得分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);不同婚姻状况的患者内部控制源及外部权威人士控制源得分比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),机遇控制源得分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);不同文化程度及照顾者的患者机遇命运控制源得分比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),内部控制源及外部权威人士控制源得分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);不同职业及居住方式的患者内部控制源、外部权威人士控制源、机遇控制源得分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),见表 1。

2.3 全子宫切除患者多维度健康心理控制源得分情况 调查显示,患者健康心理控制源量表内部控制源总分(20.40 ± 3.82)分、外部权威人士控制源得分(23.63 ± 4.30)分、机遇控制源得分(20.98 ± 5.35)分;其均分由高到低依次为外部权威人士控制源(3.94 ± 0.72)分、机遇控制源(3.50 ± 0.89)分、内部控制源(3.40 ± 0.63)分。

2.4 全子宫切除患者社会支持得分情况 患者社会支持总分为(37.23 ± 7.10)分,均分(3.72 ± 0.71)分。各维度总分及均分为对社会支持利用度(8.29 ± 1.88)分、(2.76 ± 0.63)分,客观支持(10.64 ± 3.62)分、(3.55 ± 1.26)分,主观支持(18.48 ± 5.29)分、(4.62 ± 1.32)分。

2.5 全子宫切除患者社会支持与多维度健康心理控制源相关性分析 全子宫切除患者社会支持与内部控制源呈正相关,与机遇控制源呈负相关;主观支持与外部权威人士控制源呈正相关,客观支持与内部控制源呈正相关,与机遇控制源呈负相关;对社会支持利用度与内部控制源呈正相关,患者社会支持各维度与内部控制源、外部权威人士控制源及机遇控制源相关性见表 2。

表 1 不同年龄、职业、婚姻状况等变量的全子宫切除患者健康心理控制源比较($\bar{x} \pm s$, 分)

项目	n	内部控制源	外部权威人士控制源	机遇控制源
年龄(岁)				
≤45	43	21.37±0.53	22.28±0.64	21.19±0.73
45~59	54	19.98±0.57	24.15±0.53	20.58±0.76
≥60	23	19.57±0.68	24.96±1.03	21.52±1.22
F		2.315	3.785	0.302
P		0.103	0.026	0.740
婚姻状况				
已婚	87	22.91±0.85	24.15±0.42	20.85±0.57
离异	22	20.86±0.76	23.00±1.10	21.68±1.18
丧偶	11	19.97±0.42	20.82±1.32	20.55±1.64
F		3.212	0.357	0.248
P		0.044	0.838	0.781
文化程度				
初中及以下	71	20.33±0.48	23.55±0.52	23.76±1.29
高中及大专	32	20.72±0.62	23.69±0.83	21.50±0.86
本科以上	17	20.06±0.92	23.88±0.78	20.07±0.64
F		0.186	0.044	3.638
P		0.831	0.957	0.029
职业				
农民	93	20.22±0.42	23.51±0.42	21.00±0.53
退休	14	21.36±0.74	24.07±1.03	19.79±1.31
其他	13	20.69±0.97	24.08±1.77	22.08±2.03
F		0.582	0.181	0.619
P		0.560	0.835	0.540
居住方式				
独居	13	18.15±5.51	23.00±5.69	20.62±5.36
非独居	107	20.67±3.50	23.71±4.12	21.02±5.37
t		2.284	0.561	0.256
P		0.560	0.835	0.799
照顾者				
配偶	84	20.74±0.44	23.62±0.44	18.84±1.12
姐妹	15	20.60±0.70	23.67±1.22	21.80±1.07
子女	21	18.90±0.78	23.67±1.10	21.54±0.59
F		1.991	0.002	3.751
P		0.141	0.998	0.026

表 2 全子宫切除患者社会支持与健康心理控制源相关性分析

变量	内部控制源	外部权威人士控制源	机遇控制源
社会支持总分	0.209*	0.118	-0.196*
主观支持	0.016	0.227*	-0.047
客观支持	0.250*	0.044	-0.264*
对社会支持利用度	0.273*	0.099	-0.110

注: * $P < 0.05$

3 讨论

3.1 全子宫切除患者的健康心理控制源情况及基本特征 本研究显示全子宫切除术患者倾向于外部权威人士控制源,与麦小妮等^[7]研究的宫颈癌患者及范

家莉等^[8]研究的血液透析患者结果一致。研究^[9]认为外部权威人士控制源患者身心健康由外在力量所决定,对医护人员及帮助的人信赖度较高,依从性较好。本研究通过不同变量的健康心理控制源比较,结

果显示,年龄对外部权威人士控制源有影响,可能原因 50 岁是寿命的决定期,身体各项机能加速衰退,对死亡产生恐惧感,医护人员具有丰富的专业知识及较强的操作技能,所以自身健康很容易受医护人员影响;在婚姻状况方面,内部控制源均数中,已婚人士比离异、丧偶人士高,说明已婚人士更倾向于内部控制源,已婚人士对自己健康有较强的责任感,能采取积极应对的方式,因已婚人士主要照顾者为配偶,对患者的关心较多,且对患者的支持具有较大帮助,使患者战胜疾病的信心加强,这也更好的说明照顾者对患者的重要性。本研究显示在照顾者方面,离异及丧偶人士比已婚人士更倾向于机遇控制源,因此类患者本身婚姻状况存在不足,照顾者大多数子女、姐妹因自己的事情繁忙对患者的关心照顾较少,导致患者对治疗的积极性降低,对健康采取顺其自然的态度。在文化程度方面,文化低对机遇控制源具有大影响,研究显示文化程度的高低是患者接受教育等级的衡量标准之一,是患者了解疾病知识、理解健康教育内容的重要影响因素^[9]。因本身疾病给患者带来巨大打击,加上对疾病的理解程度较差,焦虑、抑郁等心理问题存在,使患者完全寄托于命运的安排。因此建议医护人员应针对性地进行健康心理干预,多与家属沟通,鼓励患者,转变患者的错误认知,增强对疾病挑战的自信心及自我管理水平。

3.2 全子宫切除患者社会支持水平处于中等 本研究患者社会支持总分为(37.23±7.10)分,处于中等水平。可能因为两类疾病主要照顾者为配偶,夫妻的关系在家庭占第一位,家庭的和谐有助于提高患者的社会支持,与周广琳等^[10]研究冠心病患者的观点一致。良好的社会支持主观幸福感较高,可增加人们的喜悦感、归属感,提高自尊感、自信心。本研究中,结果显示社会支持利用度维度分数最低,与张娟等^[11]研究的住院晚期癌症结果一致。可能与不愿意家属担心,害怕家属有负担及压力有关。子宫为女性最为重要的器官,患者因疾病或治疗引起身体形象改变存在病耻感,导致尊严丧失感强烈,患者经常感觉受到歧视,不被尊重,社交能力下降,故对社会支持利用度较低。因此建议医护人员与家属勤沟通,倾听患者的声音,给予情感上的支持与关怀,得到心灵上的满足,使患者保持良好的心态,提早步入社会。同时也要时刻关注照顾者的心理需求,防止照顾者因长期照顾产生心理负担。

3.3 全子宫切除患者社会支持与多维度健康心理控制源具有相关性 本研究全子宫切除患者社会支持与内部控制源呈正相关,与机遇控制源呈负相关。其三个维度均与内部控制源呈正相关,研究显示社会支持程度可能通过影响认知及行为能力^[12],从而引起心理疾病的发生。倾向于内部控制资源的患

者,社会支持系统较好;倾向于内部控制源的患者会主动配合家属及医务人员的积极治疗,寻求健康的方式与知识;倾向于机遇控制源患者对家属的照顾置之度外,不听取家属及医务人员的建议,故社会支持较低。社会支持与外部控制源没有关系,但因患者对社会支持利用度较低,外部权威人士控制源只能听从家属及医护人员,故受外界因素控制的较少。

综上所述,全子宫切除术患者患者心理控制源倾向于外部权威人士控制源,社会支持水平处于中等,还需要进一步提高。社会支持与健康心理控制源具有相关性。通过全子宫切除患者两者的相关性,有利于医务人员充分了解患者心理需求,并让医务人员更加重视心理健康。同时给予个体化、针对性的心理干预措施,提高患者生活质量,促进患者健康。本研究仅在一所医院开展,样本量较小,下一步将在此基础上进一步扩大样本量进行调研及深入探讨社会支持与健康心理控制源之间的关系。

参考文献:

- [1]陈慧,周思园,孙振球.常见妇科三大恶性肿瘤的流行及疾病负担研究现状[J].中国现代医学杂志,2015,25(6):108-112.
- [2]高琛,刘锦玉.全子宫切除术对女性患者性生活质量和性功能的影响[J].社区医学杂志,2016,14(16):66-68.
- [3]Wallston KA,Wallston BS,Devellis R.Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales[J].Health Educ Monogr,1978,6(2):160-170.
- [4]De Valvk C,Vinck J.Health locus of control and quality of life in lung eftRicer patients [J].Patient Educe Couns,1996,28(2):179-186.
- [5]陈青山,王声湧,董晓梅,等.在中完成法评价指标的计算[J].数理医药杂,2004,17(1):73.
- [6]肖水源.《社会支持评定量表》的理论基础与研究应用口[J].临床精神医学杂志,1994(2):98-100.
- [7]麦小妮,何春娣,麦群娣,等.宫颈癌患者延误就医状况及影响因素分析[J].临床心身疾病杂志,2016,22(21):113-114.
- [8]范家莉,孔悦,施素华,等.血液透析患者心理控制源与自我管理行为的相关性研究[J].解放军护理杂志,2016,33(9):23-27.
- [9]程鹤,谷桂芳.COPD 患者健康心理控制源现状调查及影响因素分析[J].齐鲁护理杂志,2020,26(9):41-44.
- [10]周广琳,沈小丽,朱业,等.冠心病患者社会支持现状调查及其对应对方式、生活质量的影响[J].齐鲁护理杂志,2020,26(1):26-29.
- [11]张娟,宁晓东.住院晚期癌症病人社会支持和生活满意度的相关性研究[J].循证护理,2019,5(1):58-61.
- [12]靳引红,李昭,杨亚丽,等.腹膜透析患者社会支持状况及相关因素分析[J].西安交通大学学报(医学版),2020,41(2):188-191.

收稿日期:2020-05-06;修回日期:2020-06-01

编辑/成森