

多学科协同全周期护理联合远程健康管理对乳腺癌患者负性情绪及康复效果的影响研究

李羽 梁海鑫

新疆医科大学附属肿瘤医院乳腺甲状腺外科 新疆 乌鲁木齐 830011

【摘要】目的：探究多学科协同全周期护理联合远程健康管理对乳腺癌患者负性情绪及康复效果的影响。方法：于2025年1月至2025年12月期间，在某特定医院选取200例乳腺癌患者，以随机方式将其划分成两组，每组各100例。对照组施予常规护理与远程健康管理相结合的方案，观察组则采用多学科协同全周期护理联合远程健康管理的方案，而后对两组结果展开对比分析。结果：干预后，观察组FACT-B总分高于对照组，HADS总分、PAIS-SR总分则更低（ $P < 0.05$ ）。结论：多学科协同全周期护理联合远程健康管理对于改善乳腺癌患者的负性情绪、心理社会适应、生活质量效果显著，宜推广。

【关键词】：多学科协同全周期护理；远程健康管理；乳腺癌；负性情绪

DOI:10.12417/2705-098X.26.12.033

乳腺癌作为全球女性最常见的恶性肿瘤，其发病率呈逐年上升趋势，严重威胁女性的身心健康与生活质量^[1]。在乳腺癌的治疗过程中，患者不仅要承受手术、化疗、放疗等带来的生理痛苦，还会因身体形象的改变、对疾病预后的担忧、治疗副作用的困扰等因素，产生一系列负性情绪，如焦虑、抑郁等^[2]。这些负性情绪不仅会影响患者的心理社会适应能力，还会降低其治疗依从性，进而影响康复效果和生活质量。多学科协同全周期护理模式应运而生，它整合了多个学科的专业知识，包括医学、护理学、心理学、社会学等，通过跨学科的沟通与协作，为患者提供全面、连续、个性化的护理服务^[3]。远程健康管理则借助现代信息技术，如互联网、移动通信等，实现对患者健康状况的实时监测和远程指导，为患者提供便捷、高效的健康管理服务^[4]。本研究旨在探究多学科协同全周期护理与远程健康管理联合，对乳腺癌患者负性情绪及康复的作用，为护理方案优化提供实证支持。

1 资料与方法

1.1 一般资料

于2025年1月至2025年12月这个时间段内，选取我院收治的200例乳腺癌患者作为本次研究的样本。借助随机数字表法，将患者均分为两组，各含100例。观察组患者年龄处于28-65岁区间，平均值为（45.57±8.72）岁，病程在1-12个月，平均是（6.24±1.42）个月；对照组年龄在27-66岁，平均（44.89±9.01）岁，病程为1-11个月，平均（6.18±1.38）个月，两组一般资料均衡可比（ $P > 0.05$ ）。

纳入标准：经病理学检查确诊为乳腺癌；意识清楚，能够正常沟通和交流；自愿参与本研究并签署知情同意书。

排除标准：合并其他严重躯体疾病或精神疾病；有认知障碍或语言障碍；正在参与其他临床试验；无法使用远程健康管理设备或网络。

1.2 方法

1.2.1 对照组

采用常规护理联合远程健康管理，常规护理包括入院介绍、病情观察、治疗护理、康复指导等。远程健康管理通过为患者发放可穿戴设备（如智能手环），实时监测患者的心率、运动量等生理指标，并将数据传输至后台服务器。医护人员通过手机APP或电脑端查看患者的健康数据，根据数据情况给予患者个性化的健康建议和指导，如提醒患者按时服药、进行功能锻炼等。同时，为患者提供线上健康咨询服务，解答患者的疑问。

1.2.2 观察组

在对照组的基础上，采用多学科协同全周期护理联合远程健康管理。具体措施如下：

（1）成立多学科协作团队：由肿瘤科医生、护士、心理治疗师、康复治疗师、营养师等组成多学科协作团队。团队成员定期召开会议，共同讨论患者的病情、治疗方案和护理计划，确保患者得到全面、系统的护理服务。

（2）全面评估：患者入院后，团队成员从生理、心理、社会等多个维度对患者进行全面评估。

（3）制定个性化护理计划：基于评估所得结果，团队成员协同合作，为患者制定个体化的护理计划。此计划涵盖生理、心理、康复及营养等多个维度的护理内容。生理护理方面，依据患者治疗进程与身体状况，采取相应的护理措施，如术后伤口的悉心照料、化疗期间副作用的针对性护理等；心理护理中，心理治疗师运用认知行为疗法、正念疗法等干预手段，助力患者舒缓焦虑、抑郁等不良情绪，提升患者心理社会适应水平；康复护理由康复治疗师制定功能锻炼计划，指导患者开展上肢等功能锻炼；营养护理则由营养师依据患者情况与饮食喜好制定食谱，保障营养摄入。

(4) 实施护理干预：按照护理计划，团队成员分工合作，为患者实施护理干预。护士负责日常的护理操作和病情观察，及时向医生反馈患者的病情变化；心理治疗师定期为患者进行心理干预，每周至少2次；康复治疗师指导患者进行功能锻炼，每周至少3次；营养师定期为患者进行营养评估和指导，每月至少1次。

(5) 远程健康管理支持：在多学科协同全周期护理模式下，融入远程健康管理举措。借助可穿戴及家用健康监测设备，对患者生理指标与健康状况进行实时监测，相关数据被传输至后台服务器。团队成员通过手机APP或电脑端查看数据，从而及时对护理计划作出调整。此外，还通过视频、图文等形式为患者提供线上健康教育与咨询服务，解答其疑问。

1.3 观察指标

(1) 负性情绪：运用医院焦虑抑郁量表(HADS)对患者的焦虑、抑郁情绪进行评估。此量表涵盖焦虑子量表(HADS-A)与抑郁子量表(HADS-D)，总分区间为0-21分。分数越高，意味着患者焦虑或抑郁情绪越严重。

(2) 心理社会适应能力：借助疾病心理社会适应量表(PAIS-SR)评估患者的心理社会适应能力。量表含7个维度，总分范围0-138分，得分越高，表明患者心理社会适应能力越弱。

(3) 生活质量：采用癌症患者生命质量测定量表(FACT-B)，该量表包含五个维度的内容，涉及生理状态、社会状况、功能状况、情感状态和附加关注。分值高，代表患者当前生活质量较好。

1.4 统计分析

本研究中涉及的各项数据用SPSS 23.0软件处理， χ^2 与t检验的资料是计数与计量资料，并且，计数和计量资料也用(%)和($\bar{x} \pm s$)表示。差异符合统计学条件时， $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 HADS 评分

表1显示，干预后，观察组HADS-A评分和HADS-D评分更低($P < 0.05$)。

表1 HADS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

| 组别 | 观察组 | 对照组 | t 值 | P 值 | |
|-----------|-----|------------|------------|-------|-------|
| 例数 | 100 | 100 | - | - | |
| HADS-A 评分 | 干预前 | 10.26±1.33 | 10.18±1.29 | 0.173 | >0.05 |
| | 干预后 | 6.53±0.75 | 8.26±1.01 | 6.346 | <0.05 |
| HADS-D 评分 | 干预前 | 10.53±1.45 | 10.48±1.38 | 0.257 | >0.05 |
| | 干预后 | 6.89±0.82 | 8.58±1.12 | 5.983 | <0.05 |

2.2 PAIS-SR 评分

表2显示，干预后，两组患者的PAIS-SR评分更低($P < 0.05$)。

表2 PAIS-SR 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

| 组别 | 观察组 | 对照组 | t | P | |
|------------|-----|------------|------------|-------|-------|
| 例数 | 100 | 100 | - | - | |
| PAIS-SR 评分 | 干预前 | 78.57±9.63 | 77.83±9.82 | 0.497 | >0.05 |
| | 干预后 | 56.76±7.51 | 68.93±8.26 | 9.327 | <0.05 |

2.3 FACT-B 分

表3显示，干预后，观察组FACT-B评分更高($P < 0.05$)。

表3 FACT-B 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

| 组别 | 观察组 | 对照组 | t | P | |
|------|-----|-------------|-------------|-------|-------|
| 例数 | 35 | 35 | | | |
| 生理状态 | 干预前 | 51.43±1.92 | 51.59±1.68 | 0.498 | >0.05 |
| | 干预后 | 64.01±2.17 | 58.61±2.14 | 5.695 | <0.05 |
| 社会状况 | 干预前 | 52.85±3.53 | 52.93±3.26 | 0.454 | >0.05 |
| | 干预后 | 63.05±8.73 | 57.98±9.34 | 5.325 | <0.05 |
| 功能状况 | 干预前 | 52.86±7.42 | 53.94±7.36 | 0.874 | >0.05 |
| | 干预后 | 63.13±13.28 | 57.31±14.93 | 3.409 | <0.05 |
| 情感状态 | 干预前 | 52.51±8.04 | 52.86±7.96 | 0.544 | >0.05 |
| | 干预后 | 62.21±7.16 | 56.85±6.24 | 3.298 | <0.05 |
| 附加关注 | 干预前 | 52.39±5.54 | 52.11±9.32 | 0.498 | >0.05 |
| | 干预后 | 63.29±11.29 | 57.17±5.28 | 4.408 | <0.05 |

3 讨论

乳腺癌是一种严重威胁女性健康的恶性肿瘤，其治疗过程复杂且漫长，涉及手术、化疗、放疗等多种治疗手段^[5]。在治疗过程中，患者不仅要承受身体上的痛苦，还会面临心理和社会方面的诸多问题^[6]。研究表明，乳腺癌患者的负性情绪，如焦虑、抑郁等，不仅会影响其心理社会适应能力，还会降低治疗依从性，进而影响康复效果和生活质量^[7]。传统的护理模式往往侧重于疾病的诊断与治疗，对患者的心理、社会需求关注不足，难以满足乳腺癌患者的全面护理需求^[8]。

多学科协同全周期护理模式是一种以患者为中心，整合多个学科专业知识的护理模式^[9]。它强调跨学科的交流与协作，通过全面评估患者的生理、心理、社会状况，制定个性化的护理计划，为患者提供全面、连续、个性化的护理服务^[10-11]。远

程健康管理则借助现代信息技术,实现对患者健康状况的实时监测和远程指导,为患者提供便捷、高效的健康管理服务。将两者相结合,有望为乳腺癌患者提供更优质、更全面的护理服务^[12]。在本研究中,观察组采用多学科协同全周期护理联合远程健康管理。

研究结果显示,干预后,观察组患者的 HADS 评分较对照组更低 ($P < 0.05$),表明多学科协同全周期护理联合远程健康管理可有效减轻乳腺癌患者的焦虑与抑郁情绪。究其原因,多学科协作团队里的心理治疗师运用认知行为疗法、正念疗法等心理干预手段,助力患者舒缓负性情绪,且远程健康管理给予患者持续健康支持与心理关怀,增强了其心理安全感。同时,

观察组 PAIS-SR 评分也低于对照组 ($P < 0.05$),凸显该护理模式能提升患者心理社会适应能力,多学科团队从多维度全面评估护理,助患者解决生理、心理、社会等问题,更好地适应疾病与生活变化。此外,观察组 FACT-B 评分高于对照组 ($P < 0.05$),说明此模式可提高患者生活质量,以个性化护理计划满足不同需求,生理、心理、康复、营养护理多管齐下,共同助力患者生活质量提升。

综上所述,多学科协同全周期护理联合远程健康管理对于改善乳腺癌患者的负性情绪、心理社会适应、生活质量效果显著,宜推广。

参考文献:

- [1] 叶东亮,程世德,范高洁,郑晓梅.乳腺癌患者动态增强 MRI 时间-信号强度曲线与肿瘤细胞生物学行为的相关性[J].影像科学与光化学,2022,40(5):1088-1092.
- [2] 张珍,刘雅娟,丁玲玉.派柏西利治疗激素受体阳性人类表皮生长因子受体 2 阴性晚期乳腺癌的疗效和安全性[J].中国临床药理学杂志,2022,38(21):2545-2549.
- [3] 傅辉.基于多学科协作的延续护理模式对乳腺癌患者负性情绪、自我效能及生活质量的影响[J].中外医疗,2022,41(9):140-144.
- [4] 曾洋,刘艳丽,李仁喜,等.多学科协同全周期护理联合远程健康管理对乳腺癌患者负性情绪及康复效果的影响研究[J].湘南学院学报(医学版),2025,27(4):39-42.
- [5] 王丽丽.基于多学科协作的延续护理对乳腺癌患者自护能力、心理状态及生活质量的影响[J].国际护理学杂志,2021,40(10):1906-1909.
- [6] 马燕,张蕾,赵文秀,等.多学科协作对乳腺癌术后淋巴水肿预防和管理的效果分析[J].中国肿瘤临床与康复,2025,32(10):645-652.
- [7] 陈燕,曹呈尧,曾琴.多学科协作的护理对乳腺癌患者术后症状群的影响[J].浙江创伤外科,2025,30(1):197-198.
- [8] 张梦娇.ABC 情绪护理联合音乐放松想象训练对乳腺癌术后患者睡眠质量、心理状态及术后恢复的影响[J].吉林医学,2024,45(4):961-964.
- [9] 周利萍,李帮珍,王艳丽,等.多学科协作护理对乳腺癌保乳手术患者围手术期负性情绪、睡眠及生活质量的影响[J].河南外科学杂志,2024,30(6):179-181.
- [10] 颜颖,李石岩.多学科协作护理联合正念减压对乳腺癌根治术患者术后自我效能、肩关节活动度及负性情绪的影响[J].中国临床研究,2024,37(11):1803-1807.
- [11] 张亚丽.多学科协作护理模式对乳腺癌手术患者心理状态及术后并发症的影响[J].黑龙江医药科学,2020,43(1):173-174.
- [12] 陈茜,胡露红,孙玲,等.多学科协作背景下乳腺癌化疗外周神经毒性症状护理方案的构建与应用[J].护理学报,2023,30(8):34-38.