

基于希望理论的心理干预对晚期恶性肿瘤患者负性情绪及睡眠质量的影响研究

受珊珊 朱艳国 殷霞兵

甘肃省中医院 甘肃 730050

【摘要】目的：将晚期恶性肿瘤患者的临床护理作为研究切入点，探究基于希望理论的心理干预方案的临床应用效果。方法：研究时间段为2025年4月—2026年3月，研究对象为我院收治的86例晚期恶性肿瘤患者，采用随机数字表法分组试验，对照组实施肿瘤科常规心理护理，而观察组开展基于希望理论的心理干预，对比应用效果。结果：观察组干预后的焦虑自评量表（SAS）评分为（43.17±2.38）分、抑郁自评量表（SDS）评分为（44.18±3.51）分、Herth希望量表（HHI）评分为（39.81±4.38）、匹兹堡睡眠质量指数（PSQI）总分为（8.83±1.54）分、而对照组上述指标分别为（52.69±3.24）分、（52.79±3.48）分、（34.48±4.23）分、（10.62±3.15）分，两组数据对比，差异显著（ $P<0.05$ ）。结论：根据晚期恶性肿瘤患者的实际情况，在临床护理期间开展基于希望理论的心理干预，有助于改善睡眠障碍，提升患者身心舒适度，整体应用价值显著，适合在晚期肿瘤临床护理中推广应用。

【关键词】：希望理论；晚期恶性肿瘤；希望水平；负性情绪；睡眠质量

DOI:10.12417/2705-098X.26.19.041

据报道，全球癌症发病率和死亡率逐年攀升，且恶性肿瘤已成为严重威胁广大居民身心健康的重大公共卫生问题^[1]。由于晚期恶性肿瘤患者需要面临死亡恐惧、家庭负担、治疗副作用等心理压力，致使负性情绪发生率显著高于普通人群。同时，大多数患者长期存在癌性疼痛，乏力纳差等躯体症状，并因希望感缺失、消极认知，而存在不同程度的睡眠障碍，具体表现为夜间觉醒频繁、睡眠时间短等，严重影响患者的生活质量。常规心理护理多为口头安抚，往往难以提升患者内在希望动力，而基于希望理论的心理干预，可通过构建可行目标，帮助患者重塑生命希望，进而提高护理质量。为此，本文特选取86例晚期恶性肿瘤患者开展分组试验，报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究对象为2025年4月至2026年3月我院收治的86例晚期恶性肿瘤患者，分组资料如下：

对照组男/女人数为25/18例，年龄（68.72±4.38）岁，受教育年限（10.85±3.95）年，入院诊断为肺癌/胃癌/结肠癌/乳腺癌人数为16例/12例/7例/8例；观察组男/女人数为24/19例，年龄（68.54±4.91）岁，受教育年限（10.07±3.87）年，入院诊断为肺癌/胃癌/结肠癌/乳腺癌人数为15例/13例/8例/7例。上述两组患者一般资料无显著差异（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：①经病理学或细胞学确诊为恶性肿瘤，②TNM分期标准为ⅢB期或Ⅳ期；③预计生存期≥3个月；④能独立完成问卷填写者；⑤同期未参与类似护理试验者。

排除标准：①近3个月接受专业心理干预者；②合并重要脏器功能障碍；③既往有精神疾病史或认知功能障碍；④中途转院或死亡病例。

1.2 方法

1.2.1 对照组

常规护理干预：即实时监测患者病情变化，根据疼痛程度遵医嘱服用镇痛药物，强调规律服药的重要性，并积极指导患者日常保持营养均衡。同时，口头安抚患者情绪，利用床旁宣教讲解疾病知识，解答患者基础疑问，并指导患者规律作息。

1.2.2 观察组

基于希望理论的心理干预，即选取临床经验丰富的医疗工作者组建系统化心理护理小组，统一开展专项培训，明确自身岗位职责，结合晚期肿瘤患者心理特征，针对性制定4周干预方案，每周干预3次，每次30~40min，内容如下：

①第一周：情绪评估。小组成员利用一对一沟通方式，掌握患者焦虑、抑郁、绝望等负面情绪诱发因素，通过温和的语言让患者感受到被尊重和理解，耐心倾听患者的痛苦诉求与心理压力，并借助健康宣教手册纠正患者的消极认知。同时，邀请病情控制良好的病友分享自身护理经验，利用同伴支持，帮助患者客观的看待自身疾病^[2]。

②第二周：目标构建。小组成员根据患者的实际情况，在家属的全力协助下针对性制定短期生活目标，如延长睡眠时间、正常进食、陪伴家人等。同时，医护人员应依据患者的短期生活目标科学制定可行路径，利用现场示范、情景模拟等方式，明确指出日常作息、情绪调节、放松训练的具体方法。

③第三周：情感支持。小组成员应定期组织家属参与晚期恶性肿瘤疾病健康指导活动，重点强调家庭情感支撑的重要性，并指导家属多陪伴、多鼓励患者。同时，鼓励患者勇于表达恐惧、愤怒、悲伤情绪，并通过与亲朋好友倾诉、写日记、绘画等形式，宣泄自身病情，并正确掌握深呼吸放松、正念冥

想等情绪调节技巧。

④第四周：习惯养成。小组成员在与患者交流时应总结前期干预效果，正面肯定患者日常生活的进步，并针对性解答患者的心理困惑，帮助患者维持规律睡眠、积极心态的生活习惯，以逐步提高患者的心理韧性。

1.3 观察指标

①负性情绪评分：SAS 量表由 Zung 编制，标准分 ≥ 50 分提示存在焦虑症状，得分越高表明焦虑程度越重；SDS 量表由 Zung 编制，标准分 ≥ 53 分提示存在抑郁症状，得分越高表明抑郁程度越重^[3]。

②希望水平评分：HHI 量表由 Herth 编制，总分 12-48 分，得分越高表明希望水平越高。

③睡眠质量评分：PSQI 量表由 Buysse 等编制，总分 0-21 分，得分越高表明睡眠质量越差，PSQI >7 分提示存在睡眠障碍^[4]。

1.4 统计学方法

采用 SPSS27.0 统计学软件分析数据，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，行 t 检验，计数资料以 $[n(\%)]$ 表示，行 χ^2 检验， $P<0.05$ 代表差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 SAS、SDS 评分对比

表 1 显示，观察组干预后的 SAS、SDS 评分低于对照组 ($P<0.05$)。

表 1 两组 SAS、SDS 评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别		观察组	对照组	t 值	P 值
例数		43	43		
SAS 评分	干预前	58.78±3.29	58.35±3.14	0.672	>0.05
	干预后	43.17±2.38	52.69±3.24	8.407	<0.001
SDS 评分	干预前	59.59±3.14	59.73±3.26	0.593	>0.05
	干预后	44.18±3.51	52.79±3.48	7.086	<0.05

2.2 两组 HHI 希望量表评分对比

表 2 显示，观察组 HHI 希望量表评分高于对照组 ($P<0.05$)。

表 2 两组 HHI 希望量表评分对比 ($\bar{x} \pm s$)

观察指标	时间点	观察组 (n=43)	对照组 (n=43)	t 值	P 值
积极态度 (分)	干预前	10.24 $\pm$ 1.45	10.13 $\pm$ 1.21	0.283	0.452
	干预后	13.52 $\pm$ 1.61	11.24 $\pm$ 1.56	8.451	<0.001

行动意愿 (分)	干预前	10.21 $\pm$ 1.36	10.41 $\pm$ 1.14	0.301	0.357
	干预后	13.22 $\pm$ 0.54	11.52 $\pm$ 1.27	9.597	<0.001
亲密关系支 持(分)	干预前	9.93 $\pm$ 1.24	9.87 $\pm$ 1.29	0.184	0.643
	干预后	12.82 $\pm$ 1.42	11.28 $\pm$ 1.31	8.284	<0.001
HHI 总分 (分)	干预前	30.33 $\pm$ 3.57	30.29 $\pm$ 3.67	0.245	0.572
	干预后	39.81 $\pm$ 4.38	34.48 $\pm$ 4.23	9.128	<0.001

2.3 两组 PSQI 评分对比

表 3 显示，观察组 PSQI 评分优于对照组 ($P<0.05$)。

表 3 两组 PSQI 评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

指标	观察组(n=43)	对照组(n=43)	t 值	P 值
PSQI 总分	8.83 $\pm$ 1.54	10.62 $\pm$ 3.15	4.276	<0.001
主观睡眠质量	1.45 $\pm$ 0.52	1.84 $\pm$ 0.68	5.064	<0.001
入睡时间	1.48 $\pm$ 0.63	1.96 $\pm$ 0.76	5.712	<0.001
睡眠时间	1.16 $\pm$ 0.51	1.58 $\pm$ 0.82	4.046	<0.001
睡眠效率	1.11 $\pm$ 0.72	1.59 $\pm$ 0.86	3.328	<0.001
睡眠障碍	1.53 $\pm$ 0.56	1.65 $\pm$ 0.67	4.674	<0.001
催眠药物使用	1.07 $\pm$ 0.71	1.16 $\pm$ 0.78	5.235	<0.001
日间功能障碍	1.34 $\pm$ 0.67	1.57 $\pm$ 0.72	4.156	<0.001

3 讨论

晚期恶性肿瘤患者可因肿瘤浸润、压迫神经、骨转移等因素，出现持续性或爆发性癌痛，尤其是夜间静息状态会进一步放大疼痛感受。疼痛刺激可持续兴奋交感神经，致使患者出现夜间难以入睡、频繁痛醒、早醒等问题^[5]。同时，长期反复的睡眠功能障碍，易导致患者产生焦虑、抑郁情绪。常规护理侧重于改善躯体症状，常因忽视患者的生理、心理需求，而影响护理效果。基于希望理论的心理干预是一种结合积极心理学知识的干预方法，可通过强化患者的行为意愿，提升问题解决能力，进而保障整体护理质量。整理研究数据发现，观察组负性情绪、睡眠质量改善程度均优于对照组，说明基于希望理论的心理干预可改善睡眠质量，帮助患者积极应对生活。总结原因如下：晚期患者可因无法正确面对生命终结而存在明显焦虑、抑郁情绪，而常规护理以口头安抚为主，难以帮助患者正确应对未知恐惧，而基于希望理论的心理干预可帮助患者正确接纳死亡恐惧、家庭愧疚等负面感受，并通过引导患者合理宣泄情绪，有助于减轻患者的身心压力。同时，医护人员在临床护理过程给予患者进一步的正面肯定，并联合家属加强家庭情感支持，有助于减少患者孤独感，并通过激发患者的内在行动动机，

减轻焦虑、抑郁情绪。事实上,焦虑、抑郁等负面情绪可导致患者交感神经长期处于兴奋状态,机体可因皮质醇分泌节律紊乱,而抑制褪黑素合成,致使患者出现入睡困难、夜间易醒等问题。基于希望理论的心理干预可通过降低焦虑、抑郁水平,促使交感神经兴奋性下降,并因调节皮质醇、褪黑素等睡眠相关神经递质,改善睡眠状态。

在本次研究中,观察组 HHI 希望水平评分优于对照组($P<0.05$),说明基于希望理论的心理干预可有效提高晚期恶性肿瘤患者的希望水平。HHI 量表主要包含积极态度、行动意愿、亲密关系支持等问题,晚期恶性肿瘤患者常因认知崩塌、行为动机消退而出现评分下降问题。基于希望理论的心理干预

要求患者贴合自身实际情况制定日常生活目标,并在干预过程中正确接纳患者的悲伤、恐惧等负性情绪,可让患者知晓即便无法战胜疾病,仍要建立积极生活态度的重要性。同时,行动意愿主要反映晚期恶性肿瘤患者面对困境时的主观能动性,该护理模式要求医护人员正面肯定患者的微小进步,通过不断增强患者的自我效能感,借助正念放松训练、呼吸调节等多种方式,改善患者的身心感受,以此实现提高希望水平的目的。

综上所述,在晚期恶性肿瘤患者的临床护理期间实施基于希望理论的心理干预,有助于改善主观睡眠质量,提升睡眠效率,并缓解焦虑、抑郁情绪,帮助患者树立积极治疗观念。同时,提高患者的希望水平,值得推广。

参考文献:

- [1] 焦元元,高云,孙紫萍,等.基于 Snyder 希望理论的心理综合干预对多发性骨髓瘤患者希望水平及生活质量的影响[J].癌症进展,2025,23(24):2890-2893.
- [2] 张玉立.优质护理结合人文关怀对恶性肿瘤患者生活质量的优化作用[J].名医,2025,(23):156-158.
- [3] 鲍丽满,裴景红,彭靓.基于 Synder 希望理论的护理干预在妇科恶性肿瘤化疗患者中的应用[J].医疗装备,2025,38(18):105-107+111.
- [4] 姚言,张楚,魏婷,等.Snyder 希望理论心理干预对妇科恶性肿瘤化疗患者心理状态及生活质量的影响[J].齐鲁护理杂志,2023,29(21):139-142.
- [5] 段晓静,张品,王艳静,等.基于 Snyder 希望理论的心理干预对卵巢癌患者心理弹性的影响[J].癌症进展,2022,20(22):2349-2352.