宫颈癌护理+心理护理干预模式在宫颈癌患者治疗中的效果及对SAS评分,CFS评分的影响分析

张　楠

芜湖市第二人民医院 安徽 芜湖 241000

【摘　要】：目的：探讨宫颈癌患者治疗阶段采用宫颈癌护理联合心理护理干预后的护理表现，并观察焦虑自评量表（SAS）与癌因性疲乏量表（CFS）评分的变化情况。方法：研究对象为2025年1月至2025年12月在我院接受诊治的72例宫颈癌患者。入组病例采用随机双色球法分配至研究组和参照组，每组36例。参照组接受治疗期间常规宫颈癌护理，研究组除常规护理外增加心理护理内容，护理均随既定治疗阶段同步开展。干预结束后记录并比较两组SAS评分、CFS评分及护理满意度。结果：护理后，研究组的SAS评分以及CFS评分更低（P＜0.05）；研究组的护理总满意度更高（P＜0.05）。结论：宫颈癌患者治疗期间接受常规护理并配合心理干预后，SAS评分与CFS评分均呈下降趋势，护理满意度亦优于单纯常规护理。将情绪疏导、心理支持与治疗阶段症状护理结合，可有效覆盖患者在治疗过程中的情绪困扰和疲乏体验。

【关键词】：宫颈癌；心理护理；焦虑自评量表；癌因性疲乏量表；护理满意度

DOI:10.12417/2811-051X.26.14.054

宫颈癌患者进入治疗阶段后，护理问题通常不局限于疾病本身[1]。检查结果、治疗反应、疼痛体验、身体功能变化以及家庭责任等因素，会使部分患者在住院及治疗过程中出现持续紧张、反复担忧、睡眠受扰等情绪表现[2]。癌因性疲乏也较常见，患者可表现为体力下降、活动耐受减弱、休息后恢复不充分，进而影响进食、睡眠和治疗配合[3]。常规宫颈癌护理主要关注病情观察、治疗协助、营养支持及症状处理，对治疗期间的基础需求能够形成较完整的护理覆盖，但焦虑体验和疲乏感受具有较强个体差异，仅依赖疾病宣教和常规生活指导难以充分回应[4]。将心理护理纳入治疗期护理，可围绕患者实际担忧开展情绪评估、认知调整、压力疏导及家庭支持，使护理内容与患者治疗阶段的心理体验形成更直接的联系[5]。基于此，本研究纳入72例宫颈癌患者，在常规宫颈癌护理基础上增加心理护理干预，比较两组SAS评分、CFS评分及护理满意度变化，以观察此类联合护理模式在治疗阶段的应用表现，具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究对象为2025年1月至2025年12月在我院接受诊治的72例宫颈癌患者。入组病例采用随机双色球法分配至研究组和参照组，每组36例。参照组年龄范围31～68岁，整体均值为（50.14±8.51）岁；病程2～18个月，整体均值为（8.11±4.08）个月。研究组年龄范围30～67岁，整体均值为（49.72±8.36）岁；病程2～17个月，整体均值为（7.86±3.94）个月。两组以上基线指标具有均衡性（P＞0.05）。纳入标准：（1）经临床检查确诊为宫颈癌；（2）年龄大于18岁；（3）意识状态及交流能力正常，可独立配合SAS、CFS量表评估；（4）治疗记录与护理资料完整；（5）完成既定治疗阶段护理，并接受末次评价。排除标准：（1）伴有其他恶性肿瘤；（2）合并严重心脏、肝脏或肾脏功能障碍；（3）存在严重精神障碍、认知异常或交流受限；（4）入组前已接受系统性心理治疗；（5）治疗期间因病情改变未能继续原定护理方案。

1.2 方法

参照组实施宫颈癌治疗期常规护理。患者入院后，责任护士先核对治疗计划、既往病史及现阶段不适，结合检查与治疗安排说明住院期间需要配合的事项。治疗期间持续关注精神状态、饮食、睡眠、疼痛、恶心、乏力以及排便、排尿变化，已经出现的不适依照医嘱进行护理处理。进食减少者结合实际摄入情况调整饮食指导，避免长期摄入不足加重体力消耗；活动安排以患者耐受程度为基础，疲乏明显时增加休息，体力状态允许时维持必要的日常活动。护理期间还要关注会阴卫生，指导患者保持局部清洁、干燥。治疗、饮食和生活管理中出现疑问时，由护理人员结合现阶段治疗内容给予解释，护理延续至既定治疗阶段结束。

研究组在上述护理内容基础上增加心理护理。（1）明确主要心理困扰。入组后由责任护士与患者进行交流，了解确诊宫颈癌后出现的主要心理反应，重点涉及疾病性质、治疗过程、疼痛、治疗结局、家庭责任及经济压力。结合SAS初始评分、近期睡眠、沟通状态和治疗配合情况判断焦虑表现，并记录患者当前最突出的一至两个问题。交流过程中以患者实际担忧为中心，不以简单安慰替代具体问题分析。（2）修正疾病认知。护理沟通围绕患者对疾病和治疗的已有认识展开，说明治疗流程、治疗期间常见体验及需要配合的内容。对于将明显治疗反应直接理解为病情恶化，或因一次检查结果异常便认定治疗失败等认识，引导患者区分检查结果、治疗反应与个人推断。护理人员仅解释职责范围内的护理及治疗配合信息，涉及病情判

断、治疗方案选择和调整等内容时，由主管医师进行说明。（3）处理治疗期焦虑。患者出现明显紧张、反复担忧或入睡困难时，先明确当时最主要的压力来源，再区分能够主动处理和暂时无法改变的内容。治疗前情绪波动较明显者练习缓慢呼吸与放松，将注意力转向当前检查、治疗及日常安排。日常沟通以实际治疗进展为依据给予反馈，减少患者长时间围绕负面结局反复思考。（4）结合疲乏调整生活节律。责任护士询问疲乏出现的时段、持续情况以及对进食、睡眠和活动造成的影响，再安排治疗、休息与必要活动。体力状态较好时完成洗漱、进食及短距离活动，疲乏加重后减少非必要体力消耗。因焦虑影响夜间休息者，在心理沟通中一并处理睡眠相关担忧，并减少睡前持续讨论疾病结局。疲乏表现出现明显变化时，将相关情况反馈给临床医护团队。（5）设置近期任务并回顾执行情况。治疗过程按照患者当前状态分解为能够完成的近期任务，内容包括配合治疗、按计划进食、维持睡眠、适量活动及主动表达不适。完成当前任务后，由责任护士与患者回顾实际执行情况，并对已经完成的具体内容给予反馈。出现任务未完成时，分析体力、情绪或治疗安排等影响因素，再调整后续护理目标，减少单次执行不理想带来的心理负担。（6）纳入家庭支持。征得患者同意后，与主要家属沟通治疗阶段常见的焦虑、疲乏及患者当前需求。家属陪伴以倾听、生活协助和稳定交流为主，减少反复追问病情、过度安慰以及持续讨论不良结局。患者因治疗出现身体形象、家庭角色或亲密关系方面的顾虑时，责任护士给予表达机会，并引导家属在患者可接受的范围内提供生活及情绪支持。

1.3 观察指标

（1）SAS 评分：护理开始前及护理结束后分别采用焦虑自评量表（SAS）评估患者焦虑程度。量表包含 20 个条目，每项按 1～4 分计分，原始总分范围为 20～80 分，原始分乘以 1.25 后得到标准分，标准分范围为 25～100 分。患者结合近期实际感受完成各条目评定，所得分值越高，表示焦虑表现越突出。（2）CFS 评分：在两个评估时点使用癌因性疲乏量表（CFS）记录患者疲乏状态。量表共 15 个条目，每项计 0～4 分，总分范围为 0～60 分，内容涉及躯体、情感及认知方面的疲乏体验。总分越高，代表癌因性疲乏程度越重。（3）护理满意度：护理结束后，从护理沟通、治疗配合指导、症状管理及心理支持等方面了解患者对本次护理过程的主观评价，结果分为非常满意、满意和不满意三个等级。

1.4 统计学方法

全部资料纳入 SPSS 27.0 软件进行运算。计量指标按（$\bar{x}\pm s$）形式表达，组间差异使用 t 检验分析；计数指标以[n（%）]表示，以 χ^2 检验表示。统计学判定界值设为 0.05，P<0.05 说明两组之间呈现出统计学差异。

2 结果

2.1 SAS 评分

护理前，两组 SAS 评分较为接近（P＞0.05）；护理后，研究组的 SAS 评分更低（P＜0.05）；见表 1。

表 1 两组 SAS 评分比较（$\bar{x}\pm s$，分）

组别	护理前 SAS 评分	护理后 SAS 评分
研究组（n=36）	57.92±6.14	44.60±5.40
参照组（n=36）	58.26±6.31	48.17±5.74
t 值	0.232	2.718
P 值	0.817	0.008

2.2 CFS 评分

护理前，两组 CFS 评分较为接近（P＞0.05）；护理后，研究组的 CFS 评分更低（P＜0.05）；见表 2。

表 2 两组 CFS 评分比较（$\bar{x}\pm s$，分）

组别	护理前 CFS 评分	护理后 CFS 评分
研究组（n=36）	34.82±6.51	24.70±5.30
参照组（n=36）	35.16±6.67	28.43±5.88
t 值	0.219	2.827
P 值	0.827	0.006

2.3 护理满意度

研究组的护理总满意度更高（P＜0.05）。见表 3。

表 3 两组护理满意度比较[n（%）]

组别	非常满意	满意	不满意	总满意
研究组（n=36）	22（61.11）	12（33.33）	2（5.56）	34（94.44）
参照组（n=36）	16（44.44）	12（33.33）	8（22.22）	28（77.78）
χ^2 值				4.181
P 值				0.041

3 讨论

宫颈癌治疗期间，患者既承受肿瘤诊断带来的心理压力，也会经历疼痛、疲乏、睡眠受扰及生活节律变化[6]。常规护理主要解决治疗配合、症状观察和生活管理问题，对预后担忧、家庭责任变化及反复焦虑等心理体验覆盖相对有限[7]。本研究在基础护理中加入心理状态评估、认知调整、情绪干预、疲乏管理及家庭支持，使护理内容与患者治疗期间的实际心理负担形成联系[8]。

护理结束后，护理后，研究组的SAS评分更低。分析原因，研究组先明确患者主要担忧，再围绕治疗认识、检查结果及个人推断进行区分，减少因错误理解形成的持续紧张[9]。呼吸放松、阶段任务及家属沟通也使患者将注意力更多放在当前治疗事项，而非持续关注远期不确定结果，从而获得上述结果。

CFS评分比较显示，护理后，研究组的CFS评分更低。分析原因，癌因性疲乏与体力消耗、睡眠、情绪状态及活动安排均存在联系。研究组依据患者每日疲乏表现调整休息与活动顺序，体力较好时完成必要活动，疲乏较重时减少额外消耗，并将睡眠问题纳入心理护理[10]。此种安排减少了活动负荷与焦虑体验对疲乏感受的叠加影响，从而获得上述结果。

护理满意度方面，研究组的护理总满意度更高。研究组患者除接受基础护理外，还拥有较多表达疾病担忧、治疗体验和家庭压力的机会。责任护士围绕患者当前问题给予具体反馈，家属也参与部分支持过程，使患者对护理内容的参与感更强，从而获得上述结果。

综上所述，宫颈癌患者治疗期间接受常规护理并配合心理干预后，SAS评分与CFS评分均呈下降趋势，护理满意度亦优于单纯常规护理。将情绪疏导、心理支持与治疗阶段症状护理结合，可有效覆盖患者在治疗过程中的情绪困扰和疲乏体验。

参考文献：

[1] 段晶晶,木群,段瑶,等.早期心理护理联合疼痛干预在机器人辅助手术治疗子宫颈癌患者中的应用[J].机器人外科学杂志(中英文),2025,6(3):498-502,507.

[2] 程婕,张俊,乔文华,等.风险评估下结构化护理对宫颈癌术后并发下肢深静脉血栓的预防效果[J].中国计划生育学杂志,2025,33(9):1994-1998.

[3] 吴晓丹,朱叶春.宫颈癌根治术后患者尿路感染影响因素及预防性护理对策[J].国际护理学杂志,2025,44(1):144-148.

[4] 梁皖皖,施林心,刘云,等.基于Swanson理论的关怀护理对复发性宫颈癌化疗患者疾病恐惧感、化疗并发症的影响[J].国际护理学杂志,2025,44(9):1544-1549.

[5] 任梦丹,庄佳佳,王金花,等.基于沟通达标理论及整合式心理护理的干预对宫颈癌放化疗患者心理状态、希望水平及应对方式的影响[J].国际护理学杂志,2025,44(11):1979-1983.

[6] 孙志贤,毕琳.中医结合加速康复外科护理在宫颈癌患者围术期的应用[J].国际护理学杂志,2025,44(9):1631-1635.

[7] 李丹丹,姜丽梅,王瑾,等.精细化结合整合式心理护理对宫颈癌术后放疗患者的影响[J].国际护理学杂志,2025,44(9):1555-1558.

[8] 孙文洁,王霞,孙溪晨,等.需求导向性干预配合无缝隙护理模式在腹腔镜宫颈癌围术期患者中的应用效果分析[J].护理实践与研究,2025,22(11):1622-1629.

[9] 李雪玉,吴雪婷,陈小岑,等.基于CiteSpace的宫颈癌放疗期护理研究的可视化分析[J].天津护理,2025,33(5):533-538.

[10] 李秋蕾,周瑞,康东红,等.激励式延续护理对行化学治疗的宫颈癌患者自我管理行为及不良心理情绪的影响[J].中西医结合护理(中英文),2025,11(1):223-226.