

临床研究

DOI:10.13406/j.cnki.cyx.002706

生态系统论视角下 217 例青少年癌症患儿心理危机现状及影响因素分析

余 璐^{1,2}, 莫 霖^{1,2}, 刘 倩², 罗业涛^{2,3}

(1. 重庆医科大学附属儿童医院特需门诊, 重庆 400014; 2. 儿童发育疾病研究教育部重点实验室、国家儿童健康与疾病临床医学研究中心、儿童发育重大疾病国家国际科技合作基地、儿科学重庆市重点实验, 重庆 400014; 3. 重庆医科大学附属儿童医院儿研所, 重庆 400014)

【摘要】目的: 调查了解青少年癌症患儿心理危机现状, 基于生态系统论分析其影响因素, 为构建青少年癌症患儿心理危机干预模式提供参考依据。**方法:** 纳入 8~18 岁青少年癌症患儿及健康青少年, 采用 DASS-21 (depression anxiety stress scale 21) 量表现场调查, 问卷数据双遍录入后进行分析。从生态系统论的微观、中观、外观、宏观系统分析患儿个体、家庭、环境、疾病等因素的关联度及相互影响, 以明确其关键影响因素。**结果:** 调查青少年癌症患儿 218 人, 进入研究分析 217 人, 心理危机检出率为 45.6%, 其中抑郁检出率 (26.7%) 高于健康青少年 (12.5%), 焦虑检出率 (45.6%) 高于健康青少年 (13.5%), 压力检出率 (24.4%) 高于健康青少年 (8.5%)。在各影响因素里面, 男性抑郁检出率高于女性, 独生子女抑郁、压力检出率高于非独生子女, 专制型家庭教养患儿抑郁、压力检出率高于民主型家庭教养患儿, 首诊及定期随访患儿焦虑检出率高于未定期随访患儿, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 将 $P < 0.05$ 的变量纳入多因素 logistic 分析, 发现专制型家庭教养方式的青少年癌症患儿发生心理危机风险最高。**结论:** 青少年癌症患儿存在焦虑、抑郁、压力等心理危机, 独生子女及专制型家庭患儿表现尤为突出, 需要医院、家庭、社会、学校多方位联合, 实施预防性干预, 为患儿营造良好的生态系统, 促进其身心健康。

【关键词】 生态系统论; 青少年; 癌症; 心理危机; 预防性干预

【中图分类号】 R179

【文献标志码】 A

【收稿日期】 2020-08-26

Current status of mental crisis in 217 adolescents with cancer from the perspective of ecosystem theory

Yu Lu^{1,2}, Mo Lin^{1,2}, Liu Qian², Luo Yetao^{2,3}

(1. Department of VIP Clinic, The Children's Hospital, Chongqing Medical University; 2. Ministry of Education Key Laboratory of Child Development and Disorders, National Clinical Research Center for Child Health and Disorders, China International Science and Technology Cooperation Base of Child Development and Critical Disorders, Chongqing Key Laboratory of Pediatrics; 3. Children's Institute, The Children's Hospital, Chongqing Medical University)

【Abstract】Objective: To investigate the risk factors of adolescents with cancer and mental crisis status from the perspective of ecosystem theory, and to provide reference for constructing an intervention model of psychological crisis for adolescents with cancer. **Methods:** Adolescents aged 8-18 with cancer and some healthy children were included in this study, they were investigated on spot with depression anxiety stress scale 21 (DASS-21), and the questionnaire data were input twice and analyzed. The correlation degree and mutual influence of individual, family, environment, disease and other factors of children were analyzed from micro, meso, appearance and macro system of ecological system theory, so as to clarify the key influencing factors. **Results:** The investigation included in 218 adolescents with cancer, and 217 were analyzed. The detection rate of mental crisis was 45.6%, among which the detection rate of depression was 26.7%, the detection rate of anxiety was 45.6%, and the detection rate of stress was 24.4%. They were 12.5%, 13.5%,

and 8.5% higher than those of health adolescents, respectively. Among the influencing factors, the detection rate of depression in male children was higher than that in female children, the detection rate of depression and stress in one-child children was higher than that in non-only children, the detection rate of

作者介绍: 余 璐, Email: 284205243@qq.com,

研究方向: 儿童肿瘤、心理护理、护理管理。

通信作者: 莫 霖, Email: molin999@126.com。

基金项目: 重庆市委资助项目 (编号: cstc2018jcsx-msybX0110)。

优先出版: <https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1046.R.20201202.1328.002.html>
(2020-12-03)

depression and stress in children raised in authoritarian family was higher than that of children raised in democratic family, and the detection rate of anxiety in children with regular follow-up was higher than that of children not regularly followed up, with a statistical significance ($P < 0.05$). The variables with $P < 0.05$ were included in multivariate logistic analysis, and it was found that adolescents with cancer raised in authoritarian family had the highest risk of mental crisis. **Conclusion:** Adolescents with cancer have mental crisis such as anxiety, depression and stress, especially the one-child children and the children raised in authoritarian family. It's necessary for hospitals, families, schools, and the whole society to carry out preventive intervention in order to create a good ecosystem for these children, promoting their physical and mental health.

[Key words] ecosystem theory; adolescents; cancer; mental crisis; preventive intervention

随着生活方式和环境的改变,儿童癌症发病率逐年上升,其中青少年癌症发病率约为 11.02/10 万,每年新增约 25 130 例^[1-2]。青少年癌症患儿处于生理迅速发育直到成熟的时期,其生理、心理和社会性发展出现显著变化,自我意识和独立意识增强,情绪抑制性差,心理脆弱,理想化幻想性色彩浓重,同时具有反抗期的叛逆特征^[3-4],因此青少年时期也被称为危机期。除生理时期的影响之外,青少年癌症患儿还将承受癌症本身、治疗手段及远期并发症带来的生理、心理等不同程度的影响。国内外研究表明,青少年癌症的确诊和治疗会使其心理压力增大,出现焦虑、抑郁、恐惧等心理反应,但基于青少年癌症患儿心理危机现状及其影响因素的系统研究较少^[5-8]。青少年癌症患儿的心理健康问题受到社会政府高度关注,作者拟在生态系统论指导下,全面分析青少年癌症患儿心理危机关键影响因素及其相互影响,为后期构建青少年癌症患儿心理危机预警干预模式提供科学依据。

1 材料与方法

1.1 理论框架

生态系统论由美国著名心理学家布朗芬布伦纳提出,是儿童社会发展研究的重要理论模型。该理论模型认为个体发展受微观、中观、外观及宏观系统四大层次环境因素间相互作用和共同影响,从微观系统到宏观系统,对儿童的影响也是从直接到间接^[9]。微观系统是指与儿童有切身关系的生活环境,包括家庭、学校、同伴和社区;中观系统是指家庭、学校、同伴与社区之间的联系与相互关系,如父母与学校合作情况,同伴群体相处的影响等;外观系统是指儿童未直接参与,但影响儿童与青少年成长的因素,如父母的工作环境,学校的教育方向及社区资源的运用等;宏观系统是指存在于以上 3 个系统中的文化、亚文化和社会环境;同时个体

的生活历程和社会历史环境随时间而不断变化。

1.2 研究设计

本文研究人群来自重庆医科大学附属儿童医院,进入研究的人群均需签署书面知情同意书,项目通过了重庆医科大学附属儿童医院伦理审查委员会审查,为重庆市科委资助项目。本文采用 DASS-21 量表调查 2018 年 8 月至 2019 年 3 月在重庆医科大学附属儿童医院住院的青少年癌症患儿及健康体检的青少年,了解其心理危机现状,并分析青少年癌症患儿心理危机影响因素,纳入分析的可能影响因素包括个体因素(年龄、性别、民族)、家庭因素(主要照护者、主要照护者文化、家庭教养方式)、疾病因素(疾病部位、疾病时期、随访情况)。

1.3 纳入标准

青少年癌症患儿:年龄 8~18 周岁;根据国际儿童癌症诊断指南,确诊为癌症;自愿参与并配合,患儿及监护人签署知情同意书。健康青少年:年龄 8~18 周岁;测评期间无任何疾病症状,无重大疾病史或手术史;自愿参与并配合,青少年及监护人签署知情同意书。

1.4 排除标准

重要脏器如心、肺、肝、脑、肾等功能异常;患有精神疾病或服用精神类药物;有言语及听力障碍,智力与情感障碍,认知功能障碍;研究期间儿童/监护人要求退出。

1.5 心理危机指标

DASS-21 量表测评结果。有研究指出,情绪不稳定的人格特征、情绪指向的应对方式等内在特质和生活事件、童年受虐经历及家庭环境等外在因素,是青少年心理危机的重要预测因素,焦虑情绪则可作为心理危机的重要预警指标^[10]。本研究选取 DASS-21 量表进行测评,焦虑得分 >7 分或抑郁得分 >9 分或压力得分 >14 分,则提示患儿存在心理危机。该量表于 2010 年被龚栩等^[11]汉化,信度 0.89,效度 0.90。量表采用自我报告的方式,从焦虑、抑郁和压力 3 个维度评价,包括 21 个条目,得分范围为 0~42 分。

1.6 数据收集及录入

选定 3 名人员为测量员,测量前对测量员进行统一培训,做到测量方法同质化。测量数据双遍录入,发现不符数

据,查阅原始问卷纠正。

1.7 统计学处理

运用 SPSS 22.0 进行数据分析。正态分布的计量资料采用均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 描述,偏态分布的计量资料用 $M_d(P_{25}, P_{75})$ 描述。计数资料用率表示,计数资料采用卡方检验、Fisher 确切概率,两两比较采用 Bonferroni 法校正 P 值;将单因素中存在统计学差异的变量(即 $P < 0.05$)纳入多因素 logistic 回归模型探讨患儿抑郁、焦虑和压力的影响因素。检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 基本情况

研究对象来自重庆医科大学附属儿童医院血液病房、肿瘤外科病房。共调查 8~18 岁癌症患儿 218 人,进入本文分析 217 人,其中男 126 人,女 91 人,平均年龄 (11.13 ± 2.37) 岁;

调查 8~18 岁健康儿童 200 人,进入本文分析 200 人,其中男 112 人,女 88 人,平均年龄 (11.05 ± 2.53) 岁,2 组数据在年龄、性别、是否单独、主要照护人方面无统计学差异,在居住地、照护人文化、家庭教养方式方面有统计学差异(表 1)。

从表 1 结果可知,研究对象主要照护人以父母为主,其中癌症患儿主要照护人文化程度偏低,大多为小学、初中,占 69.12%,家庭教养方式中专制型占比最大(43.78%),大部分家庭均有医保,血液系统疾病患儿居多(75.58%),主要集中在治疗期/化疗期(77.31%),大部分家庭(63.13%)能定期随访;健康青少年主要照护人文化程度相对较高(大专及以上占 50%),可能与调查人群主要集中在城区(73.5%)有关,同时家庭教养方式以民主型为主(70.0%)。

2.2 各项指标调查结果分析

DASS-21 测量出癌症患儿心理危机检出率为 45.6%,其中抑郁检出率(26.7%)、焦虑检出率(45.6%)、压力检出率(24.4%)明显高于健康青少年儿童,差异具有统计学意义($P =$

表 1 217 例青少年癌症患儿及 200 例健康青少年儿童人口学信息

变量		青少年癌症患儿		健康儿童		χ^2 值	P 值
		例数	构成比/%	例数	构成比/%		
年龄/岁	8~12	141	64.98	131	65.5	-0.341	0.733
	13~18	76	35.02	69	34.5		
性别	男	126	58.06	112	56.0	0.181	0.670
	女	91	41.94	88	44.0		
独生子女	是	108	49.77	101	50.5	0.022	0.822
	否	109	50.23	99	49.5		
居住地	农村	139	64.06	53	26.5	59.086	0.000
	城市	78	35.94	147	73.5		
主要照护人	父母	194	89.40	167	83.5	3.117	0.075
	其他	23	10.60	33	16.5		
照护人文化	小学初中	150	69.12	46	23.0	123.848	0.000
	高中中专	55	25.35	54	27.0		
	大专及以上	12	5.53	100	50.0		
家庭教养方式	民主型	50	23.04	140	70.0	93.590	0.000
	专制型	95	43.78	29	14.5		
	溺爱型	59	27.19	26	13.0		
	忽视型	13	5.99	5	2.5		
医疗费用支付形式	城镇居民医保	161	74.19				
	自费	56	25.81				
肿瘤部位	血液系统	164	75.58				
	头颈部	14	6.45				
	胸腹部	23	10.60				
	四肢躯干	16	7.37				
疾病时期	确诊期	40	18.52				
	治疗期	167	77.31				
	康复期	9	4.17				
复诊情况	首诊	39	17.97				
	定期随访	137	63.13				
	病情变化时	41	18.89				

0.000),说明青少年癌症患儿群体具有抑郁、焦虑、压力等潜在或现存心理危机(表 2)。

217 例青少年癌症患儿在抑郁、焦虑、压力 3 个维度中,男性患儿抑郁发生率高于女性($P=0.049$),独生子女抑郁、压力发生率高于非独生子女($P=0.013,0.016$),专制型家庭患儿抑郁、压力发生率高于民主型家庭($P=0.006,0.011$),首诊和定期随访的患儿焦虑高于未定期随访的患儿($P=0.002$),差异

具有统计学意义(表 3)。

2.3 阳性指标的多因素分析

将 $P<0.05$ 的变量即性别、是否独生子女和家庭教育方式纳入多因素 logistic 分析,结果显示专制型的患儿相对于民主型患抑郁及压力的风险更高($P=0.005, P=0.007$),忽视型的患儿相对于民主型患压力的风险更高($P=0.033$)(表 4,表 5)。

表 2 青少年癌症患儿及健康青少年儿童 DASS-21 量表评估心理危机检出情况

量表项目	青少年癌症患儿		健康青少年儿童		χ^2 值	P 值
	例数	检出率/%	例数	检出率/%		
心理危机	99	45.6	36	18.0	36.271	0.000
抑郁	58	26.7	25	12.5	13.216	0.000
焦虑	99	45.6	27	13.5	52.766	0.000
压力	53	24.4	17	8.5	18.893	0.000

表 3 217 例青少年癌症患儿各变量心理危机检出率分析 (n,%)

相关因素		抑郁	χ^2 值	P 值	焦虑	χ^2 值	P 值	压力	χ^2 值	P 值
年龄/岁	8~12	35 (24.82)	0.746	0.388	60 (42.55)	1.528	0.216	33 (23.40)	0.227	0.634
	13~18	23 (30.26)			39 (51.32)			20 (26.32)		
民族	汉族	56 (27.05)	>0.999 ^c		96 (46.38)		0.352 ^c	52 (25.12)		0.457 ^c
	少数民族	2 (20.00)			3 (30.00)			1 (10.00)		
性别	男	40 (31.75)	3.863	0.049	61 (48.41)	0.943	0.331	33 (26.19)	0.508	0.476
	女	18 (19.78)			38 (41.76)			20 (21.98)		
独生子女	否	21 (19.27)	6.227	0.013	46 (42.20)	1.033	0.310	19 (17.43)	5.802	0.016
	是	37 (34.26)			53 (49.07)			34 (31.48)		
居住地	农村	38 (27.34)	0.073	0.786	63 (45.32)	0.014	0.906	32 (23.02)	0.412	0.521
	城市	20 (25.64)			36 (46.15)			21 (26.92)		
主要照护人	其他	7 (30.43)	0.180	0.671	9 (39.13)	0.437	0.509	5 (21.74)	0.100	0.751
	父母	51 (26.29)			90 (46.39)			48 (24.74)		
照护人文化	小学初中	42 (28.00)	0.790	0.674	66 (44.00)	2.009	0.366	34 (22.67)	1.895	0.388
	高中中专	14 (25.45)			29 (52.73)			17 (30.91)		
	大专及以上	2 (16.67)			4 (33.33)			2 (16.67)		
家庭教养方式	民主型	5 (10.00)	12.486	0.006	18 (36.00)	4.074	0.254	4 (8.00)	11.073	0.011
	专制型	35 (36.84) ^a			50 (52.63)			31 (32.63) ^a		
	溺爱型	14 (23.73)			26 (44.07)			14 (23.73)		
	忽视型	4 (30.77)			5 (38.46)			4 (30.77)		
医疗费用支付形式	城镇居民医保	41 (25.47)	0.508	0.476	73 (45.34)	0.020	0.888	35 (21.74)	2.436	0.119
	自费	17 (30.36)			26 (46.43)			18 (32.14)		
肿瘤部位	血液系统	44 (26.83)	>0.999 ^c		75 (45.73)	1.927	0.588	42 (25.61)		0.806 ^c
	头颈部	4 (28.57)			7 (50.00)			4 (28.57)		
	胸腹部	6 (26.09)			8 (34.78)			4 (17.39)		
	四肢躯干	4 (25.00)			9 (56.25)			3 (18.75)		
疾病时期	确诊期	14 (35.00)	1.995	0.369	23 (57.50)		0.245 ^c	13 (32.50)	2.257	0.323
	治疗期	41 (24.55)			72 (43.11)			37 (22.16)		
	康复期	3 (33.33)			4 (44.44)			3 (33.33)		
复诊情况	首诊	13 (33.33)	4.142	0.126	23 (58.97) ^b	12.658	0.002	13 (33.33)	3.817	0.148
	定期随访	39 (28.47)			67 (48.91) ^b			34 (24.82)		
	病情变化时	6 (14.63)			9 (21.95)			6 (14.63)		

注:两两比较采用 Bonferroni 法调整 P 值;a:与民主型比较, $P<0.05$;b:与病情变化时比较, $P<0.05$;c:Fisher 确切概率法

表 4 217 例青少年癌症患儿抑郁多因素 logistic 回归分析

	变量	β	SE	Wald χ^2	P	OR	95%CI
性别	男	0.609	0.342	3.173	0.075	1.839	0.941 ~ 3.595
	女					1.0 (reference)	
独生子女	否					1.0 (reference)	
	是	0.577	0.336	2.943	0.086	1.780	0.921 ~ 3.441
家庭教养方式	民主型					1.0 (reference)	
	专制型	1.478	0.528	7.826	0.005	4.386	1.557 ~ 12.356
	溺爱型	0.791	0.574	1.902	0.168	2.206	0.717 ~ 6.788
	忽视型	1.433	0.776	3.406	0.065	4.191	0.915 ~ 19.195

表 5 217 例青少年癌症患儿压力多因素 logistic 回归分析

	变量	β	SE	Wald χ^2	P	OR	95%CI
独生子女	否					1.0 (reference)	
	是	0.629	0.343	3.361	0.067	1.876	0.957 ~ 3.675
家庭教养方式	民主型					1.0 (reference)	
	专制型	1.555	0.573	7.364	0.007	4.737	1.540 ~ 14.566
	溺爱型	1.157	0.610	3.597	0.058	3.181	0.962 ~ 10.518
	忽视型	1.713	0.803	4.553	0.033	5.545	1.150 ~ 26.748

3 讨 论

3.1 青少年癌症患儿心理危机现状

本研究发现 217 例青少年癌症患儿中,45.6% 的患儿被检出存在心理危机,远高于本研究中对 200 例健康青少年的调查(18%),同时也远高于管佩钰等^[12]对重庆市健康青少年的调查(16.2%),其中抑郁检出率(26.7%)高于健康青少年(12.5%),焦虑检出率(45.6%)高于健康青少年(13.5%),压力检出率(24.4%)高于健康青少年(8.5%)。处于心理危机中的青少年表现出严重的焦虑和抑郁^[13],焦虑是青少年癌症患儿最常见的压力源^[14]。值得关注的是,青少年癌症患儿心理危机有着双重内涵。它既意味着危险,也蕴藏着机会,包含着正向和反向发展的可能性。危机若能顺利解决,将发挥良好的基础作用,有助于后期的发展。因此,应早期关注青少年癌症患儿心理变化,及早给予及时有效帮助,提供情感支持及心理疏导,缓解其负性情绪,战胜危机。

3.2 青少年癌症患儿心理危机影响因素

研究发现,青少年癌症患儿心理危机在性别、独生子女、家庭教养方式等方面存在统计学差异,这些影响因素皆来自患儿的微观系统,印证了微观系

统直接作用于个体发展的观点。生态系统论强调发展个体嵌套于相互影响的一系列环境系统之中。在这些系统中,系统与个体相互作用并影响着个体发展。最内层的微观系统直接影响个体发展,而随着时间的推移,儿童生存的微观系统环境不断发生变化,每次转变都是个体人生发展的一个阶段。对于青少年癌症患儿,其将经历入学、青春期的正常转变以及患病的非正常转变,这些转变作用于家庭、学校、社区从而对发展产生间接影响,青少年癌症患儿的心理危机是产生在整体生态系统之中,可影响和改变整个生态结构。

3.2.1 家庭教养方式对青少年癌症患儿心理危机的影响 本研究中,专制型家庭教养方式的青少年癌症患儿发生心理危机风险最高,与课题组^[15]及其他学者^[16]研究一致。家庭是对儿童影响最大的微系统,家庭是人生的第一所学校,父母是人生的第一任教师,家庭及其人际关系对儿童心理发展的影响最重要而又最深远。家庭环境中,照护人过于独断专权,会让患儿无法表达自己想法、情绪,长此以往,患儿内心情绪得不到排解,淤积于心,造成抑郁、自闭等心理问题。而家庭教养方式往往与家庭关系、家庭经济、家庭环境息息相关,生态系统论强调系统中的所有关系是双向的,即家长影响着患儿

的反应,但患儿的生物和社会特性、人格和能力也影响着家长的行为。因此,医务工作者不仅要关注患儿情绪和心理问题,还应对患儿家庭进行详细评估,通过对患儿微观、中观等系统的全面干预,为患儿提供健康的成长环境。

3.2.2 性别对青少年癌症患儿心理危机的影响 研究发现男孩抑郁检出率(31.75%)明显高于女孩(19.78%),与陈宝林^[17]研究一致。而早前国内外比较一致的观点认为,青春期前男女发病率无明显差异,但在青春期后女孩的发病率大约是男孩的 2 倍。徐夫真等^[18]对青少年早期抑郁的发展进行了相关研究,发现男青少年的抑郁增长趋势比女青少年更为平缓,女青少年 11 岁抑郁水平明显低于男青少年,男女青少年 12 岁时的抑郁水平差异不明显,女青少年 13 岁时的抑郁以边缘显著的水平高于男青少年,女青少年 14 岁时的抑郁水平明显高于男青少年。可能由于青少年早期男性在情感表达、情绪宣泄方面有所欠缺,更易发生抑郁,而女性情绪丰富,在青春期生化改变、认知改变以及社会文化因素等影响下抑郁水平随着年龄增长逐渐高于男性。这也正是生态系统论中提到的随着时间推移,儿童微环境不断变化,其对儿童的影响也在不断变化,因此,医务工作者或是家长应根据患儿当前所处的微环境状态作出对应的处置。

3.2.3 独生子女对青少年癌症患儿心理危机的影响 研究还发现独生子女相对非独生子女各项心理问题更为明显,可能与独生子女缺乏同伴沟通有关。周慧等^[19]对 1 096 名中学生心理健康调查研究发现,独生子女的情绪不稳定因子中度以上异常检出率高于非独生子女。独生子女大多存在家庭照顾过度的情况,导致其缺乏必要的自立性锻炼,平时生活中受到的挫折比较少,遇到重大事件的时候没有积极的应对方式,容易造成情绪不稳定,产生心理问题。在生态系统论中,学校是除家庭以外对青少年影响最大的微系统,而在中观系统中,微系统之间若有较强的积极联系,个体发展可能实现最优化;相反,微系统间的非积极联系会对个体产生消极的后果。独生子女在家庭与父母的相处模式会影响其在学校中与同学老师的相处模式,其在家庭中常常享受优待、被过度宠爱,一旦在学校中享受不

到同等待遇则会产生极大的不平衡,引发各种心理问题。此外,同伴关系对他们的人格发展和社会性发展具有不可忽视的作用,同伴支持能有效缓冲应激事件给青少年抑郁症状带来的不良影响。而青少年癌症患儿患病后几乎都会休学离开学校,缺乏同伴陪伴,产生不良情绪时没有倾诉对象,长此以往产生心理问题。

3.3 青少年癌症患儿心理危机干预策略建议

国内外学者研究表明,心理干预及行为训练可有效减轻癌症患儿心理问题,提高其社会生活适应能力,但这些干预措施皆为补救性干预或实时性干预^[20-26]。患儿的心理问题是长期发展的,需要给予持续的关注和干预以促进其心理健康^[27]。美国危机管理专家罗伯特·希斯提出 4R 危机管理理论,将危机管理划分为缩减力、预备力、反应力、恢复力 4 个阶段。基于 4R 危机管理理论及本研究结果,针对青少年癌症患儿,作者建议首先应组建包括医生、护士、心理咨询师、志愿者、社工在内的多学科团队,建立一个以医院为主体,社区、学校、家庭共同参与,分工明确,快速、互联、高效的心理危机预警网络机制;其次要确定心理危机筛查指标,制定分级预警机制;最后制定个性化干预方案及保障措施,最终构建包括心理危机筛查、心理危机预警、心理危机干预的青少年癌症患儿心理危机预警干预模式,促进青少年癌症患儿身心全面康复,提高其长期生存质量及社会适应能力。

4 局限性分析

本研究样本主要来源于一家儿童医院,血液肿瘤患儿居多,存在一定地域性和选择偏倚。测量员经统一培训,但被测患儿处于疾病的不同时期,对疾病的认知有一定差异,可能存在测量偏倚。后期将扩大样本量,采取多中心合作模式,全面深入分析青少年癌症患儿心理状态及生存质量。

参 考 文 献

- [1] Zheng R, Peng X, Zeng H, et al. Incidence, mortality and survival of childhood cancer in China during 2000–2010 period: a population-based study[J]. Cancer Lett, 2015, 363(2): 176–180.

- [2] 国家癌症中心. 2017 中国肿瘤登记年报[M]. 北京:人民卫生出版社,2018:50-60.
- [3] 肖迪. 长春市青少年心理健康社会教育研究[D]. 长春:吉林大学,2014.
- [4] 刘若懿. 浅论新形势下青少年的心理特点及教育[J]. 科学大众(科学教育),2017(1):49-50.
- [5] Yu L, Mo L, Tang Y, et al. Effects of nursing intervention models on social adaption capability development in preschool children with malignant tumors: a randomized control trial[J]. Psychooncology, 2014, 23(6):708-712.
- [6] Leuteritz K, Friedrich M, Nowe E, et al. Life situation and psychosocial care of adolescent and young adult (AYA) cancer patients study protocol of a 12 month prospective longitudinal study[J]. BMC Cancer, 2017, 17(1):82-89.
- [7] 张萍, 莫霖, 李霞, 等. 不同心理干预方法对恶性肿瘤患儿负性情绪干预效果的网状 Meta 分析[J]. 重庆医科大学学报, 2017, 42(9):1208-1213.
- [8] Nicolaas SMS, Hoogerbrugge PM, van den Bergh EMM, et al. Predicting trajectories of behavioral adjustment in children diagnosed with acute lymphoblastic leukemia[J]. Support Care Cancer, 2016, 24(11):4500-4513.
- [9] Canoy N, Thapa S, Hannes K. Transgender persons' HIV care(dis) engagement: a qualitative evidence synthesis protocol from an ecological systems theory perspective[J]. BMJ Open, 2019, 9(1):e025475.
- [10] 曾红, 严瑞婷, 王爽, 等. 青少年个体心理危机的生成机制及影响因素[J]. 心理学探新, 2018, 38(6):539-545.
- [11] 龚栩, 谢嘉瑶, 徐蕊, 等. 抑郁-焦虑-压力量表简体中文版(DASS-21)在中国大学生中的测试报告[J]. 中国临床心理学杂志, 2010, 18(4):443-446.
- [12] 管佩钰, 王宏, 郭靖, 等. 重庆市中学生心理亚健康状态与社会支持的相关性研究[J]. 现代预防医学, 2016, 43(2):304-307.
- [13] Zeng H, Zheng Z, Wang P. Characteristics of psychological crisis and its risk factors among adolescents in China[J]. 2020, 29(9):2443-2452.
- [14] Azizi N, Mansour L, Tahmassian K, et al. Determining, ranking and comparing treatment stressors in children and adolescents with cancer in Tehran[J]. Iran J Cancer Prev, 2012, 5(3):138-143.
- [15] 莫霖, 唐艳, 黄小燕, 等. 不同年龄阶段恶性肿瘤儿童行为问题及影响因素的相关研究[J]. 重庆医科大学学报, 2013, 38(1):105-108.
- [16] Kim DH, Im YJ. The influence of family management style on psychosocial problems of childhood cancer survivors in Korea[J]. Eur J Oncol Nurs, 2015, 19(2):107-112.
- [17] 陈宝林. 儿童行为问题抑郁的影响因素[J]. 职业与健康, 2015, 31(3):401-404.
- [18] 徐夫真. 青少年早期抑郁的发展及其与家庭、同伴和个体因素的关系[D]. 济南:山东师范大学, 2012:1-117.
- [19] 周慧, 雷金宝, 胡俊, 等. 中学生心理健康状况调查[J]. 浙江预防医学, 2014, 26(12):1289-1291.
- [20] Prchal A, Graf A, Bergstraesser E, et al. A two-session psychological intervention for siblings of pediatric cancer patients: a randomized controlled pilot trial[J]. Child Adolesc Psychiatry Ment Health, 2012, 6(1):3.
- [21] Lopes-Júnior LC, Bomfim EO, Nascimento LC, et al. Nonpharmacological interventions to manage fatigue and psychological stress in children and javascript adolescents with cancer: an integrative review[J]. Eur J Cancer Care(Engl), 2016, 25(6):921-935.
- [22] 石林, 莫霖, 唐雯奕, 等. 全人照护管理模式在改善青春期的白血病儿童生存质量中的应用研究[J]. 重庆医科大学学报, 2018, 43(9):1268-1274.
- [23] 陈进. 精神护理干预对缓解青少年癌症患者心理焦虑的疗效[J]. 广东医学, 2018, 39(5):797-799.
- [24] 张萍, 莫霖, 李霞, 等. 认知行为疗法对癌症化疗患儿心理弹性及负性情绪的影响[J]. 护理学杂志, 2018, 33(13):60-64.
- [25] Oluwale AR, Oluwale AD, Osiki J. Management of fear of negative evaluation among Adolescents in Ibadan, Nigeria: implications for positive psychology[J]. J Hum Ther, 2019, 10(2):93-116.
- [26] Nyarko F, Peltonen K, Kangaslampi S, et al. Emotional intelligence and cognitive skills protecting mental health from stress and violence among Ghanaian youth[J]. Heliyon, 2020, 6(5):e03878.
- [27] Schraeder KE, Reid GJ, Brown JB. "I think he will have it throughout his whole life": parent and youth perspectives about childhood mental health problems[J]. Qual Health Res, 2018, 28(4):548-560.

(责任编辑:唐秋姗)