

阶梯式心理护理模式对口腔癌围手术期患者心理资本与家属恐惧心理的协同干预研究

覃燕洁, 唐梅, 陶雪晴, 李菲, 何峰, 李芳莲*

桂林医科大学第一附属医院, 耳鼻咽喉头颈外科, 广西 桂林

收稿日期: 2026年2月18日; 录用日期: 2026年3月11日; 发布日期: 2026年3月20日

摘要

目的: 通过探究阶梯式心理护理模式在口腔癌患者围手术期的效果, 为缓解负性情绪、降低恐惧并提高生活质量提供参考依据。方法: 取80例就诊于桂林医学院附属医院口腔颌面外科的口腔癌患者(2024年07月至2025年03月), 通过机会抽样法平均分为两组, 对照组采用常规护理, 观察组则是在此基础上加用阶梯式心理护理模式。通过心理问卷、家属恐惧疾病进展量表及癌症生活质量量表比较两组模式的差异。结果: 阶梯式护理模式可以显著提高患者心理状态总分的4个维度得分以及提升生活质量评分($P < 0.05$), 并降低家属恐惧疾病进展总分的2个维度得分($P < 0.05$)。结论: 口腔癌患者围手术期阶梯式心理护理模式的应用可以提高患者的心理状态水平、改善生活质量并缓解家属心理恐惧。

关键词

阶梯式心理护理模式, 口腔癌, 围手术期, 心理资本, 家属恐惧心理, 生活质量

Effects of a Stepped Psychological Nursing Model on Psychological Capital in Perioperative Oral Cancer Patients and Caregivers' Fear of Progression

Yanjie Qin, Mei Tang, Xueqing Tao, Fei Li, Feng He, Fanglian Li*

Department of Otolaryngology Head and Neck Surgery, The First Affiliated Hospital of Guilin Medical University, Guilin Guangxi

Received: February 18, 2026; accepted: March 11, 2026; published: March 20, 2026

*通讯作者。

文章引用: 覃燕洁, 唐梅, 陶雪晴, 李菲, 何峰, 李芳莲. 阶梯式心理护理模式对口腔癌围手术期患者心理资本与家属恐惧心理的协同干预研究[J]. 护理学, 2026, 15(3): 198-204. DOI: 10.12677/ns.2026.153085

Abstract

Objective: To explore the effect of a stepped psychological nursing model during the perioperative period of patients with oral cancer, and to provide a reference for alleviating negative emotions, reducing fear, and improving quality of life. **Methods:** A total of 80 patients with oral cancer treated in the Department of Oral and Maxillofacial Surgery, The First Affiliated Hospital of Guilin Medical University (July 2024 to March 2025), were selected and equally divided into two groups by convenience sampling. The control group received routine nursing care, while the observation group received the stepped psychological nursing model in addition to routine care. Psychological questionnaires, the Family Fear of Progression Questionnaire, and the Cancer Quality of Life Scale were used to compare the differences between the two groups. **Results:** The stepped psychological nursing model significantly improved the scores of four dimensions of patients' overall psychological status and enhanced quality of life scores ($P < 0.05$), while reducing the scores of two dimensions of family fear of disease progression ($P < 0.05$). **Conclusion:** The application of a stepped psychological nursing model during the perioperative period of oral cancer patients can improve patients' psychological status, enhance quality of life, and alleviate psychological fear among family members.

Keywords

Stepped Psychological Nursing Model, Oral Cancer, Perioperative Period, Psychological Capital, Family Fear, Quality of Life

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 前言

口腔癌目前约占头颈部恶性肿瘤的 20%，仅次于喉癌和甲状腺癌，在所有病理类型中 90%以上为鳞状细胞癌，其发病率呈现逐年上升的态势[1]。目前针对该疾病的治疗是以手术为主，配合放化疗以及免疫治疗等综合治疗手段，然而，面对着肿瘤预后的不可预测性，患者在围手术期往往面临着沉重的心理压力[2]。目前研究认为，造成以上的主要原因主要有以下几个方面，首先是患者对手术本身造成的后果产生恐惧，主要是术后面临着容貌、言语以及进食功能改变后的恐惧，另外还需要面临着肿瘤本身面临的后续复发、转移的双重压力。另一方面，作为患者的家属，需要面临着患者术后的生活的看护，种种生活的不便也会长期处于迷茫以及恐惧的状态，而更需要关注的是家属的这种状态亦会有意无意地影响患者的心境，进而影响患者后续的康复，造成二次的心理伤害[3]。近年来心理护理概念在临床护理中日益受到重视，心理资本作为积极心理学的重要构成，被认为与疾病适应及康复密切相关[4][5]。传统护理模式缺乏系统性研究，多以心理疏导，缺乏系统性以及个性化[6]。阶梯式心理护理模式能够针对患者不同的心理状态，制定个性化的护理方案，已有的研究证实，该护理模式可以有效提高患者的耐受以及促进患者的疾病康复[7]，然而在口腔癌围手术期护理中阶梯护理模式的相关应用未见相关的报道。因此，如何在围手术期对口腔癌患者进行病、心同医，缓解患者家属的心理恐惧，制定个性化的护理方案，进而从两方面患者促进患者的康复，现在已经成为临床护理的热点研究方向。本次研究中我们尝试通过观察性研究，探究阶梯护理模式在口腔癌围手术护理中的实际应用情况及效果，现作报道如下。

2. 资料与方法

2.1. 一般资料

2024年7月至2025年3月,在桂林医学院附属医院口腔颌面外科连续纳入80例拟行手术治疗的口腔癌患者。以病房为单位分为对照组和观察组,每组40例,两组基线资料均衡可比($P > 0.05$),详见表1。纳入标准:①经病理确诊的口腔癌成年患者,病灶未累及重要脏器;②区域淋巴结转移 ≤ 6 枚;③无远处转移;④年龄30~75岁;⑤患者及至少一名主要照顾者自愿签署知情同意书。排除标准:①合并严重躯体或精神疾病;②意识障碍或拒绝配合;③肝肾功能不全、代谢性疾病;④并发其他恶性肿瘤。本研究方案已通过桂林医科大学第一附属医院医学伦理委员会审批,术后统一随访1个月。

Table 1. Comparison of general data between the two groups of patients [n (%)/mean \pm SD]

表 1. 两组患者一般资料对比[n(%)/均数 \pm 标准差]

分组	例数	性别		平均年龄(岁)
		男性	女性	
对照组	40	20 (50.00)	20 (50.00)	54.93 \pm 13.17
实验组	40	25 (62.50)	15 (37.50)	53.48 \pm 13.59
t/χ^2			1.270	0.485
P			0.260	0.629

2.2. 方法

2.2.1. 对照组

与患者以及家属沟通手术方式以及手术风险,包括口腔卫生护理、术区换药,配合患者早期下床活动防止血栓,通过疼痛VAS评估,用于患者对症处理;术后指导患者饮食,包括渐进式饮食调整,高蛋白饮食促进伤口恢复等。期间指导患者进行自我口腔功能训练,包括咀嚼以及吞咽功能,并指导家属配合相关的看护工作;出院前告知患者康复要点以及后续随访注意事项,鼓励患者持续进行康复训练,并鼓励家属持续给予支持。

2.2.2. 实验组

实验组在常规护理基础上实施阶梯式心理护理模式:术前1天、术后第3天及第10天采用症状自评量表(SCL-90)评估患者心理状态,并依据得分逐级制定并落实干预方案。① SCL-90评分低于160判定为心理正常,每次干预时长约15~20分钟,仅需要给予常规护理;② 160至199属于轻度障碍,每3天进行1次心理支持,每次约30分钟,由医疗团队提供疾病相关知识、康复方案及健康教育,通过治愈案例树立其信心,同步指导家属给予情感关怀;③ 200至249属于中度障碍,每2天进行1次干预,每次30~40分钟,启动同伴分享、配偶鼓励、音乐或者阅读等兴趣转移,引导患者回忆过往愉悦经历以夯实正性情绪;④ 大于等于250分判定为重度障碍,邀请心理医生实施专业处置及减压训练,每日1次干预,每次不少于40分钟,必要时使用保护性约束,全方位满足患者心理需求以及强化家属心理陪伴;出院当天再评SCL-90,若得分仍处于上述区间,则按对应级别再次实施阶梯式干预,出院时SCL-90 > 160分者,出院后继续给予与对照组相同的健康教育宣教。

2.2.3. 执行者资质与培训督导

为保证干预质量,本研究明确执行人员资质及培训流程。阶梯式心理干预主要由主管护师及以上职称护理人员实施,并接受统一心理护理培训。重度心理障碍患者由医院心理医生参与干预。在研究开展

前,所有参与人员接受统一培训,包括:阶梯式心理护理理论培训,SCL-90 评分标准及操作规范培训,情景模拟演练及一致性考核,评分前进行一致性检验,确保评估标准统一。研究期间每周开展一次病例讨论,对干预执行情况进行督导与质量控制。

2.2.4. 干预剂量记录与转层轨迹

为解释干预强度与效果之间的关系,本研究为每位实验组患者建立心理干预记录表,记录内容包括:每次 SCL-90 评分结果,实际接受的干预层级、干预次数、每次干预时长、层级调整情况,统计干预总次数及累计干预时长,用于后续分析干预剂量与心理资本及家属恐惧心理变化之间的关系。

2.3. 观察指标

心理资本以积极心理资本问卷(PPQ)评估,含乐观、希望、自我效能及心理韧性 4 维度共 28 题,乐观与希望按 1~6 分、其余按 1~7 分计分,得分越高代表心理资本越佳,量表 Cronbach's $\alpha=0.89$,经专家评审及因子分析验证,4 维度因子负荷均 >0.70 ;家属恐惧心理使用恐惧疾病进展简化量表(FoP-Q-SF),含生理健康、社会家庭 2 维度共 12 题,1~5 级评分,得分高表示恐惧程度高,Cronbach's $\alpha=0.85$,内容与结构效度亦得到专家及因子分析支持;生活质量则采用癌症患者生活质量核心问卷(QLQ-C30),选取躯体、情绪、认知、社会及角色功能 5 个功能维度和疲劳、疼痛、恶心 3 个症状维度,粗分转换后各维度满分 100 分,功能得分与生活质量正相关,症状得分负相关,各维度 Cronbach's α 均 >0.70 ,且专家评审和因子分析显示各维度因子负荷均 >0.70 。

2.4. 统计学方法

本研究所有数据均采用 SPSS 22.0 软件进行分析。计数资料以百分比(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验;计量资料以均数 \pm 标准差(mean \pm standard deviation (SD))表示,经正态性与方差齐性检验确认符合 t 检验前提后,再行两组比较。检验均为双侧, $P<0.05$ 视为差异有统计学意义。同时对实验组患者干预总次数及累计干预时长与心理资本提升幅度进行相关性分析,以探讨干预剂量-反应关系。

3. 结果

3.1. 心理资本

处理后,实验组的心理资本水平高于对照组,其中乐观、希望、自我效能及心理韧性各维度得分均高于对照组($P<0.05$)。见表 2。

Table 2. Comparison of psychological capital between the two groups (mean \pm SD, score)

表 2. 两组心理资本比较(均数 \pm 标准差, 分)

分组	例数	乐观		希望		自我效能		心理韧性	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	40	30.42 \pm 2.17	31.65 \pm 2.28*	29.95 \pm 2.11	31.02 \pm 2.25*	34.68 \pm 2.61	35.92 \pm 2.73*	33.54 \pm 2.52	34.81 \pm 2.64*
实验组	40	30.55 \pm 2.23	42.78 \pm 2.42*	30.08 \pm 2.14	41.95 \pm 2.33*	34.79 \pm 2.65	46.02 \pm 2.76*	33.67 \pm 2.54	44.98 \pm 2.67*
t		0.264	21.171	0.274	21.342	0.187	16.455	0.230	17.130
P		0.792	0.000	0.785	0.000	0.852	0.000	0.819	0.000

*与本组干预前比较, $P<0.05$ 。下同。

3.2. 家属恐惧心理

处理后,实验组家属的恐惧心理水平低于对照组,其中生理健康及社会家庭各维度得分均低于对照

组($P < 0.05$)。见表 3。

Table 3. Comparison of fear psychology between the two groups of family members (mean \pm SD, score)

表 3. 两组家属恐惧心理比较(均数 \pm 标准差, 分)

分组	例数	生理健康		社会家庭	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	40	27.95 \pm 3.25	25.76 \pm 3.14*	26.87 \pm 3.10	24.65 \pm 3.02*
实验组	40	28.04 \pm 3.18	18.98 \pm 2.99*	26.95 \pm 3.06	17.92 \pm 2.88*
t		0.125	9.890	0.116	10.200
P		0.901	0.000	0.908	0.000

3.3. 生活质量

处理后, 实验组患者的生活质量优于对照组, 功能维度得分高于对照组, 症状维度得分低于对照组($P < 0.05$)。见表 4。

Table 4. Comparison of quality of life between the two groups (mean \pm SD, score)

表 4. 两组生活质量比较(均数 \pm 标准差, 分)

分组	对照组(n = 40)	实验组(n = 40)	t	P	
躯体功能	干预前	60.35 \pm 7.25	60.47 \pm 7.34	0.074	0.942
	干预后	62.68 \pm 7.36*	76.02 \pm 6.89*	8.369	0.000
情绪功能	干预前	59.02 \pm 6.81	59.15 \pm 6.90	0.085	0.933
	干预后	61.01 \pm 6.92*	75.01 \pm 6.47*	9.347	0.000
症状功能	干预前	62.21 \pm 7.50	62.35 \pm 7.58	0.083	0.934
	干预后	64.67 \pm 7.61*	77.42 \pm 7.15*	7.723	0.000
认知功能	干预前	61.10 \pm 7.04	61.23 \pm 7.09	0.082	0.935
	干预后	63.32 \pm 7.15*	76.15 \pm 6.80*	8.224	0.000
社会功能	干预前	59.65 \pm 6.50	59.78 \pm 6.56	0.089	0.929
	干预后	62.01 \pm 6.61*	75.12 \pm 6.25*	9.115	0.000
疲劳	干预前	35.76 \pm 5.14	35.89 \pm 5.21	0.112	0.911
	干预后	33.56 \pm 4.97*	20.67 \pm 4.35*	12.343	0.000
疼痛	干预前	34.32 \pm 4.81	34.45 \pm 4.92	0.120	0.905
	干预后	32.12 \pm 4.65*	21.12 \pm 4.58*	10.659	0.000
恶心	干预前	30.23 \pm 4.50	30.35 \pm 4.55	0.119	0.906
	干预后	29.12 \pm 4.35*	18.67 \pm 4.15*	10.993	0.000

4. 讨论

口腔癌具有高度的侵袭性, 除了治疗原发疾病重构其结构功能之外, 还需要同步关注患者及其家属的心理状态变化。与侧重“个体认知重建”的传统认知行为疗法(Cognitive Behavioral Therapy, CBT)不一样的是阶梯式心理护理模式遵从的是“动态评估-分层干预-再评估”的闭环管控, CBT 一般情况下需要患者储备

较高的依从性与对疾病的认知深度[8],然而,对于口腔癌在术后存在疼痛、张口受限及镇静药物等影响下出现注意力不集中与记忆力涣散,此时如果强硬开展标准化认知训练,易出现患者的抵触行为。本次的研究中我们在阶梯式模式则在治疗的不同阶段,以 SCL-90 得分作为“心理温度计”, ≤ 160 分者仅给予健康教育, ≥ 250 分者即刻转介心理干预,避免“同质化干预”,进而提高资源的利用以及干预的有效性。相较于正念疗法,阶梯式干预把“家属恐惧”定义为独立观测要素,通过“家属同步宣教-同伴分享-医护联合”三个步骤,将家属转化为患者治疗过程中的“共同干预者”,从而构建“患者-家属-医护人员”三方支持系统,有效提升干预在疾病的可持续性与可行性的落地[9]。本次研究创新性地将阶梯式心理护理模式整合入口腔癌患者围手术期的护理当中,以多分层干预策略把护理的精准性与系统性提高到更高的层次。

本次研究发现,实验组患者相较于对照组,从心理资本维度看,乐观、希望等指标显著提升,究其原因可能与阶梯式干预的多层次处理机制有关。对于轻度焦虑的口腔癌患者,可以通过提高疾病相关认知和制定个性化的康复计划来减少医患双方的信息不对称性;针对中重度患者则需要通过同伴互助和正念训练激发患者的心理韧性,并且促进术后康复[10]。这种分阶段处理不但缓解了患者的即时压力,而且可以透过强化自我效能,为后续的康复计划夯实良好的心理基础。家庭系统理论指出看护者的“疾病展望恐惧”可以透过镜像神经网络也就是情绪共鸣通路激发患者自身杏仁核兴奋,进而放大其对复发信号的注意关注[11]。与此同时,随着家属恐惧心理的同步降低,提示了家庭-医疗协同处理的不可替代性。让家属从“旁观者”转变为“共同营造者”,既舒缓了患者自身对疾病进展的焦虑,该护理模式采用“先安家属,再稳患者”的逆向支持方案,有效阻断因为焦虑在亲密互动中的双向放大效应,为围手术期口腔癌患者打造出一个“情绪安全型”微环境[12]。

从心理学的角度看,心理资本可以通过下丘脑-垂体-肾上腺轴来提高患者的精神状态,进而可以缓解患者因手术导致的术后应激情况,生活质量的改善进一步揭示了心理处理与恢复的协同机制[13]。通过该神经-内分泌调节轴提高患者应该手术术后应激的抵抗效能,从而减少手术术后影响,加速患者的康复。与既往研究提出的“心理-生理症状联动模型”结果相符合[14]在本次的研究我们发现阶梯护理可以从症状纬度明显改善患者症状,而且通过心理的个性化处理方案可以缓解患者对疼痛、疲劳以及恐惧等主观感受。通过以上我们可以得出神经-内分泌轴可以正向促进积极心理资本的累积,为进一步了解积极心理资本的原理提供主要的理论依据,下一步,我们打算通过使用随机、双盲、安慰剂对照设计,验证阶梯式干预是否可以通过夯实巩固心理资本的累积,进而拉低住院天数并减少手术并发症的发生。

诚然,我们亦认识到研究的局限,表现为患者随访时间短暂,长期随访是否有类似的结果有待进一步验证。另外,我们也认识到本次涉及的样本较少,而且属于单中心研究,后续的推广以及应用狭隘。最后,本次的研究标准的划分尚且缺乏统一标准的评定。未来将以以上不足为攻克点,进一步拓展验证该护理模式的临床应用以及推广。

通过以上,我们可以得到以下结论,通过“评估、分层、干预、再评估”的阶梯式心理护理,制定个性化的方案,有效提高口腔癌患者围手术期关键指标,更为其心理支持体系的构建提供了可应用、可推广的护理理念。

声 明

本研究获得桂林医科大学第一附属医院伦理委员会批准(审批号:2023WJWZCLL-65),患者均签署知情同意书。

基金项目

广西壮族自治区卫生健康委员会自筹经费科研课题(Z-C20230864);广西自然科学基金联合专项项目(桂林医学院专项)(2025GXNSFHA069022)。

参考文献

- [1] Valdez, J.A. and Brennan, M.T. (2018) Impact of Oral Cancer on Quality of Life. *Dental Clinics of North America*, **62**, 143-154. <https://doi.org/10.1016/j.cden.2017.09.001>
- [2] Abati, S., Bramati, C., Bondi, S., Lissoni, A. and Trimarchi, M. (2020) Oral Cancer and Precancer: A Narrative Review on the Relevance of Early Diagnosis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, **17**, Article No. 9160. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249160>
- [3] Zhang, X., Yuan, M., Yue, Y. and Duan, X. (2025) Fear of Cancer Recurrence and Coping Strategies among Patients with Oral Cancer: The Impact on Post-Traumatic Growth. *BMC Psychology*, **13**, Article No. 162. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-02499-1>
- [4] 施佳敏. 基于积极心理学理论的团体辅导活动对口腔颌面头颈恶性肿瘤患者心理韧性及生活质量的影响[C]//上海市护理学会. 第六届上海国际护理大会论文汇编(下). 2024: 155-156.
- [5] 张郁璇. 口腔癌术后患者心理社会适应现状及影响因素研究[D]: [硕士学位论文]. 长沙: 中南大学, 2024.
- [6] Gillis, C., Ljungqvist, O. and Carli, F. (2022) Prehabilitation, Enhanced Recovery after Surgery, or Both? A Narrative Review. *British Journal of Anaesthesia*, **128**, 434-448. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2021.12.007>
- [7] 崔双娥. 阶梯式心理护理联合术前运动康复训练对肺癌根治术患者的影响研究[J]. 中外医学研究, 2024, 22(24): 103-107.
- [8] 王志羽, 夏文慧, 段双龙, 等. 认知行为疗法应用于抑郁症合并焦虑症的个案咨询报告[J]. 心理月刊, 2025, 20(17): 197-199.
- [9] 葛静, 牛金蕾, 李颖. 积极心理学视角下白血病骨髓移植患儿家属复发恐惧的现状调查[J]. 循证护理, 2024, 10(10): 1865-1868.
- [10] 张彤. 基于正念减压理论的护理对晚期肿瘤患者焦虑和抑郁情绪的干预效果[J]. 中国典型病例大全, 2025, 19(2): 1071-1073.
- [11] 王倩玉, 李春莲, 张姝, 等. 癌症病人家庭照顾者复发恐惧的研究进展[J]. 全科护理, 2024, 22(16): 3031-3034.
- [12] 汤瑞金, 张瑶, 张莉, 等. 家庭系统理论视角下乳腺癌病人家庭调适现状与研究进展[J]. 护理研究, 2021, 35(23): 4243-4246.
- [13] 刘威, 胡婷婷. 早期积极心理干预对晚期肝癌患者癌因性疲乏及生活质量的影响[J]. 临床医学工程, 2022, 29(12): 1731-1732.
- [14] 刘清媛, 叶红芳, 戴薇. 基于不愉快症状理论乳腺癌患者化疗相关认知障碍的研究进展[J]. 中国护理管理, 2022, 22(7): 1097-1101.