

罗伊适应模式在鼻咽癌放疗患者康复护理中的应用

张莉国

【摘要】 本文介绍了如何运用罗伊适应模式作为一个系统的理论框架指导鼻咽癌放疗患者的康复护理；并从生理功能、自我概念、角色功能和相互依赖 4 个方面分析患者的适应问题、刺激因素并探讨相应的护理措施，为促进鼻咽癌放疗患者的康复和生活质量的改善提供参考。

【关键词】 鼻咽癌；康复护理；放疗；罗伊适应模式

【中图分类号】 R47 [DOI] 10.3969/j.issn.1672-1756.2014.10.035

Application of Roy's Adaptation Model in rehabilitation of radiotherapy patients with nasopharynx cancer / ZHANG Ligu // Oncology Department, General Hospital of Guangzhou Military Command of PLA, Guangzhou, 510010 China // Chinese Nursing Management-2014,14(10): 1116-1118

【Abstract】 This article introduced how we used Roy's Adaptation Model as a systematic framework in rehabilitation of radiotherapy patients with nasopharynx cancer, we evaluated patients' behaviour from four adaptive modes: physiologic, self-concept, role function, and the interdependent mode and drew up corresponding nursing measures to promote their rehabilitation and to improve the patients' quality of life.

【Key words】 nasopharynx cancer; rehabilitation nursing; radiotherapy; Roy's Adaptation Model

鼻咽癌虽在世界范围内属于罕见肿瘤，但在中国尤其是南方地区，特别是广东和香港，鼻咽癌为常见恶性肿瘤之一，发病率居世界首位^[1-2]。鼻咽癌发病率男女比例为 2 : 1，中老年人是鼻咽癌高发人群，30 岁后发病风险急剧上升，在 55 岁达到高峰，70 岁以后发病风险下降^[3]。目前放疗成为鼻咽癌的首选治疗方式，但放疗常引起口鼻咽部黏膜损伤、中耳炎、放射性皮肤损伤、放射性张口困难、吞咽困难和胃肠道反应等并发症^[4]，严重影响患者的日常生活，不利于其康复和生活质量的改善^[5]。罗伊适应模式 (Roy's Adaptation Model, RAM) 认为人是一个包含生理、心理、社会性的适应系统，它作为一个系统的理论框架能够有效指导护理人员针对患者的无效性反应进行全面的护理^[6]，现将罗伊适应模式在鼻咽癌放疗患者康复护理中的应用综述如下。

1 罗伊适应模式概述

Roy 认为个体是一个适应性系统，

而个体能否作出适应性反应取决于其面临的刺激及其适应水平^[6]。刺激主要分为主要刺激、相关刺激、固有刺激 3 种，人面临刺激所产生的适应性反应通过生理功能、自我概念、角色功能和相互依赖这 4 个方面表现出来^[7]。在临床护理活动中，应从这 4 个方面来评估个体是否产生适应性反应，从而相应地采取护理措施，纠正患者无效性反应，促进其适应性反应^[8]。

2 罗伊适应模式在鼻咽癌放疗患者中的应用

鼻咽癌患者放疗后的康复护理已成为临床关注的重点^[5]，下文将以罗伊适应模式为基础，从生理功能、自我概念、角色功能、相互依赖 4 个方面分析鼻咽癌患者放疗后的行为，针对导致其无效性反应的刺激，探讨相应的护理措施。

2.1 生理功能

2.1.1 活动

无效性反应表现为张口困难，主要刺激为放疗引起颞颌关节功能障

碍，相关及固有刺激为文化程度。据文献报道放疗导致的张口困难发生率为 5.0% ~ 58.5%^[9-10]。放疗时，颞颌关节等正常组织也不可避免地受到高剂量射线辐射，致使组织结构受到破坏，导致关节活动受限，轻者表现为张口时颞颌关节处发紧、疼痛，重者张口时门齿间距逐渐缩小，口齿不清，甚至牙关紧闭，严重影响患者进食^[10-11]。另外，林月双等^[12]对 156 例鼻咽癌患者放射治疗后张口困难危险因素进行的 Logistic 回归分析结果显示：文化程度与发生张口困难的危险度呈负相关，原因为文化程度低的患者对张口功能锻炼的重要性认识不足，缺乏锻炼意识，从而增加了张口困难的严重程度。

可采取的护理措施：① Kamstra 等^[13]报道在放疗初期即开始进行早期功能锻炼能够有效维持张口度，因此在放疗开始前即对患者进行张口锻炼健康教育，提高患者早期进行功能锻炼的意识；②指导患者正确进行张口功能锻炼

作者单位：广州军区广州总医院肿瘤科，510010

作者简介：本科，主管护师，护士长

的方法, 这能够减少张口困难的发生率及有效减轻其严重程度^[12], 从而改善患者的生活质量; ③对于文化程度较低的患者, 要重点告知其进行功能锻炼的重要性, 提高其依从性。

2.1.2 营养

无效性反应表现为营养失调, 主要刺激为放疗导致的口鼻咽部黏膜损伤、口干、食欲下降、张口困难和吞咽困难等不良反应, 相关及固有刺激为饮食习惯的改变。多项研究报告鼻咽癌患者放疗前后都伴有体质量和体质量指数下降; 血红蛋白, 血清白蛋白, 钠、钾、钙和氯离子均有不同程度降低^[14-16]。分析原因为放疗过程中发生口鼻咽部黏膜损伤、口干和食欲下降等不良反应, 以及住院期间医院饮食和平时饮食的差异性都不同程度对患者进食造成影响, 由此使患者出现营养失调。而营养失调造成患者的体质下降, 又可导致患者的治疗依从性及耐受性下降, 进而影响治疗效果^[17]。

可采取的护理措施: ①饮食指导。患者饮食应以高蛋白、高热量、高维生素、易消化的软食为主, 如鲜鱼汤、猪肉汤、青菜汤等, 戒烟限酒, 多饮水以加强肿瘤细胞坏死产生的毒素排出^[18]; 对于食欲下降的患者应指导其进食清淡食物, 避免进食刺激性食物, 应多吃胡萝卜、猕猴桃等提高免疫力的水果^[18]。②应做好口腔护理, 以有效降低放疗期间口腔并发症如口腔感染、牙龈炎、龋齿和放射性骨坏死的发生率, 同时应监测口腔 pH 值并选择合适的漱口液^[19]; 发生口咽部黏膜损伤时, 可根据世界卫生组织 (WHO) 制定的急性放射损伤分级标准对放疗后患者口腔黏膜损伤程度进行分级 (0 ~ IV 级), 根据严重程度采取相应的护理措施^[20], 必要时遵医嘱给予黏膜保护剂; 对于无法进食的患者, 使用管饲饮食^[19]。③对于不能适应医院饮食患者, 可请营养师介入, 提供个性化饮食方案。

2.2 自我概念

无效反应为自我形象紊乱。主要刺激为张口困难和吞咽困难等并发症引起生理功能的改变, 相关刺激及固有刺激为鼻咽癌患者由于面对癌症及放疗并发症所产生的一系列负性情绪, 如焦虑、抑郁等。研究报告鼻咽癌患者由于张口、吞咽困难导致进食习惯改变, 甚至不能进食, 极大地影响患者的生活质量^[2,21]; 基本的生理功能受损使其对自身的能力产生怀疑, 其自尊也受到一定程度损害, 导致自我形象紊乱。另一方面, 患者在面对癌症及并发症时所产生的抑郁、焦虑等负性情绪也降低了患者的生活质量^[22], 使其不能有效应对疾病, 自我评价过低, 日常活动的自理能力进一步下降^[2], 是造成自我形象紊乱的另一重要原因。

可采取的护理措施: ①研究显示早期的功能锻炼能有效改善吞咽及张口功能^[13,23], 因此放疗前即应开始对患者进行吞咽功能及张口功能锻炼。②加强心理干预, 放疗前向患者详细介绍放疗的不良反应及可能引起的后果, 告知其不良情绪对疾病的负面影响, 鼓励患者倾诉不良情绪, 积极面对疾病; ③邀请身体功能恢复效果好的病友现身说法, 为患者创造交流的机会, 举行鼻咽癌患者座谈会^[24], 引导患者积极看待放疗后的并发症, 增强治疗信心。

2.3 角色功能

无效反应表现为角色适应不良, 主要刺激为患者由家庭、社会中的照顾者角色转变为被照顾者角色, 相关及固有刺激为放疗所致的并发症。鼻咽癌患者以中老年男性居多, 他们多是社会的中坚力量, 更是家庭的经济支柱, 当患者得知自己罹患癌症后, 一方面, 他们既担心影响事业, 又担心因自身患病无法照顾家庭, 甚至给家庭带来沉重的经济负担^[25]; 另一方面, Eslick 等^[26]的研究显示鼻咽癌患者放疗后由于张口、吞咽困难等并发症引起进食困难, 自身形象改变, 由此产生自卑心理, 怕被他人嘲笑,

不敢与朋友共同进食^[26], 这些刺激都易引起患者角色适应不良。

可采取的护理措施: ①告知患者鼻咽癌放疗后预后较好, 引导其积极应对疾病, 认清自身目前的患者角色, 把积极接受治疗放在首位。②加强张口功能锻炼, 提高患者锻炼依从性, 促进患者生理功能的康复。③增强家庭支持。有研究显示有效的家庭支持能够调节患者的负面心理, 稳定患者情绪, 提高患者治疗的信心^[27]。因此, 应使家属认识到自身支持对患者康复的重要性, 同时给予家属疾病相关知识指导, 增强家庭成员间的相互鼓励和支持。④鼓励患者单位或同事的积极配合, 在住院期间帮助患者向其同事解释患者目前的治疗状况及所需帮助, 鼓励他们给予患者支持, 增强患者对治疗和回归社会的信心^[28]。

2.4 相互依赖

无效反应表现为对人际关系的重新适应不良。主要刺激为患病后家庭、社会关系的改变, 相关及固有刺激为患者情绪上的变化, 出现焦虑、抑郁等负性情绪。由于鼻咽癌患者患病后由家庭中坚力量的角色变为被照顾者的角色, 担心成为家庭的负担, 同时研究发现鼻咽癌患者家属多感到压力和悲痛, 使其工作、家庭生活和社交等诸多方面都受到影响^[29], 因此双方都需要重新适应; 另一方面工作规律被打乱和生理功能的改变又对患者重新适应社会造成较大影响, 加上焦虑和抑郁情绪使患者不能有效应对疾病, 不能很好地处理人际关系, 造成患者人际关系适应不良。

可采取的护理措施: ①Chen 等^[30]的研究发现患者家属表示需要了解更多与疾病相关的知识和需要医疗保健机构的帮助, 因此应向患者家属宣教相关疾病和治疗的知识, 并为他们提供情感支持, 鼓励家庭成员共同参与决策及学习有关疾病知识, 这有助于家庭关系的重建及回归到原来的生活状态^[31]; ②加强社会支持, 研究表明社会支持高的患者

其心理状况好^[32],因此应鼓励患者的亲友给予患者关心和支持,鼓励其多参加社会活动,这样既能减轻患者的负性情绪,又能使其通过社会交往重拾信心,尽快回归到社会中。

3 罗伊适应模式在鼻咽癌放疗患者康复护理中应用的优势与局限性

罗伊适应模式应用在鼻咽癌放疗患者的康复护理中既有其优势,也有其局限性。优势主要体现在:①从4个方面——生理功能、自我概念、角色功能和相互依赖对患者的适应性反应进行评估,从而找出护理问题,进而提出相应的护理措施,为临床护理工作提供了一个系统的理论框架,全面地对患者予以关怀;②基于罗伊适应模式的护理模式,能够辨别患者目前最突出的问题,使护理实践更具针对性和操作性^[33];③将罗伊适应模式运用到鼻咽癌放疗患者的康复护理中,在关注疾病本身的同时也考虑到人的整体性,尤其是具体考虑了人的社会关系多重性,突显护理的人性化。

局限性:①罗伊适应模式的运用过程较复杂、耗时,对于临床工作繁忙的科室并不适用,而适合在人员充足、治疗任务少的科室推广^[34],如社区、康复科等;②对于该模式中有些概念较复杂,且有重复性,如对4个方面进行评估时,有些刺激是重复评估的,同一刺激可同时产生多种无效性反应,因此应用时应灵活掌握;③对鼻咽癌患者4个方面的反应进行评估时,只考虑了其现存的而忽略了潜在的无效性反应,因此尚无法有效地采取护理措施预防潜在问题。

4 小结

鼻咽癌患者放疗后面临着诸多并发症所带来的身心方面的挑战,运用罗伊适应模式,能够在生理功能、自我概念、角色功能和相互依赖4个方面判断其无效性反应,并找出其相应刺激,进而采取护理措施促进其适应性反应,从而促进患者放疗后身心康复及改善生活质量。

参考文献

[1] Dobratz MC. Life Closure with the Roy Adaptation Model. *Nursing science quarterly*, 2014, 27(1): 51.

[2] Perrett SE, Biley FC. A Roy Model study of adapting to being HIV positive. *Nursing science quarterly*, 2013, 26(4): 337.

[3] 颜君. Roy适应模式在护理本科全程导师制中的应用. *中国高等医学教育*, 2012(6): 52.

[4] Tang Y, Shen Q, Wang Y, et al. A randomized prospective study of rehabilitation therapy in the treatment of radiation-induced dysphagia and trismus. *Strahlentherapie und Onkologie*, 2011, 187(1): 39.

[5] Xie S, Yu IT, Tse L, et al. Sex difference in the incidence of nasopharyngeal carcinoma in Hong Kong 1983-2008: suggestion of a potential protective role of oestrogen. *European Journal of Cancer*, 2013, 49(1): 150.

[6] 柳青, 卢泰祥. 鼻咽癌流行趋势和防控策略. 第十三届中国科协年会第18分会场—癌症流行病学趋势和防控策略研讨会论文集, 2011.

[7] Chen CY, Han F, Zhao C, et al. Treatment results and late complications of 556 patients with locally advanced nasopharyngeal carcinoma treated with radiotherapy alone. *Br J Radiol*, 2009, 82(978): 452-428.

[8] Pauli N, Johnson J, Finizia C, et al. The incidence of trismus and long-term impact on health-related quality of life in patients with head and neck cancer. *Acta Oncologica*, 2013, 52(6): 1137.

[9] Scott B, Butterworth C, Lowe D, et al. Factors associated with restricted mouth opening and its relationship to health-related quality of life in patients attending a Maxillofacial Oncology clinic. *Oral oncology*, 2008, 44(5): 430.

[10] Chen Y, Zhao C, Wang J, et al. Intensity-modulated radiation therapy reduces radiation-induced trismus in patients with nasopharyngeal carcinoma. *Cancer*, 2011, 117(13): 2910.

[11] 尹正录, 孟兆祥, 林舜艳, 等. 康复训练联合针刺对鼻咽癌放射性损伤后张口困难及生活质量的影响. *中华物理医学与康复杂志*, 2012, 34(8): 618.

[12] 林月双, 江锦芳, 黄春叶, 等. 鼻咽癌患者放射治疗后张口困难危险因素的Logistic回归分析. *中国实用护理杂志*, 2013, 29(20): 14.

[13] Kamstra JI, Roodenburg JL, Beurskens CH, et al. TheraBite exercises to treat trismus secondary to head and neck cancer. *Supportive Care in Cancer*, 2013, 21(4): 951.

[14] Nugent B, Lewis S, O'Sullivan JM. Enteral feeding methods for nutritional management in patients with head and neck cancers being treated with radiotherapy and/or chemotherapy. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013(31): 1.

[15] Brown T, Ross L, Jones L, et al. Nutrition outcomes following implementation of validated swallowing and nutrition guidelines for patients with head and neck cancer. *Supportive Care in Cancer*, 2014, 22(9): 2381-2391.

[16] 程金建, 杨华, 陆合明, 等. 鼻咽癌患者调强放疗过程中体重变化及影响因素分析. *肿瘤防治研究*, 2013, 40(8): 767.

[17] 韦燕, 莫显伟. 鼻咽癌患者的营养状况及营养干预. *医学综述*, 2013, 19(10): 1771.

[18] 邢春芳. 鼻咽癌患者并发营养不良的护理. *中国实用护理杂志*: 上旬版, 2011, 27(22): 48.

[19] Rosenthal DI, Trotti A. Strategies for managing radiation-induced mucositis in head and neck cancer. *Semin Radiat Oncol*, 2009, 19(1): 29-34.

[20] 黎葵金. 鼻咽癌同步放化疗期间口腔护理. *齐齐哈尔医学院学报*, 2012, 32(23): 3941.

[21] Pauli N, Fagerberg-Mohlin B, Andréll P, et al. Exercise intervention for the treatment of trismus in head and neck cancer. *Acta Oncologica*, 2014, 53(4): 502-509.

[22] Cnossen IC, de Bree R, Rinkel RN, et al. Computerized monitoring of patient-reported speech and swallowing problems in head and neck cancer patients in clinical practice. *Supportive Care in Cancer*, 2012, 20(11): 2925.

[23] Carroli WR, Locher JL, Canon CL, et al. Pretreatment swallowing exercises improve swallow function after chemoradiation. *The Laryngoscope*, 2008, 118(1): 39.

[24] 刘思玮. 鼻咽癌放疗患者社会支持与生存质量的相关分析. 长春: 吉林大学, 2009.

[25] 江敏霞, 黄岱斌, 黄华兰, 等. 中青年鼻咽癌放化疗患者疲劳状况及相关因素的调查. *现代临床护理*, 2009(5): 1.

[26] Eslick GD, Talley NJ. Dysphagia: epidemiology, risk factors and impact on quality of life—a population-based study. *Aliment Pharmacol Ther*, 2008, 27(10): 971.

[27] 胡建萍, 高茜, 马代远, 等. 家庭支持与鼻咽癌放疗患者生活质量的相关性研究. *四川医学*, 2012, 33(4): 582.

[28] 黄翠萍, 梁素霞, 任杰娣, 等. 鼻咽癌放疗患者心理卫生状况调查及护理对策. *现代医药卫生*, 2011, 27(6): 860.

[29] Verdonck-De Leeuw IM, Eerenstein SE, Van der Linden MH, et al. Distress in spouses and patients after treatment for head and neck cancer. *The Laryngoscope*, 2007, 117(2): 238.

[30] Chen S, Lai Y, Liao C, et al. Unmet supportive care needs and characteristics of family caregivers of patients with oral cancer after surgery. *Psychooncology*, 2014, 23(5): 569-577.

[31] Pinkert C, Holtgräwe M, Remmers H. Needs of relatives of breast cancer patients—The perspectives of families and nurses. *European Journal of Oncology Nursing*, 2013, 17(1): 81.

[32] Goldzweig G, Andritsch E, Hubert A, et al. Psychological distress among male patients and male spouses: what do oncologists need to know? *Annals of oncology*, 2010, 21(4): 877.

[33] Roy C. Extending the Roy adaptation model to meet changing global needs. *Nursing science quarterly*, 2011, 24(4): 345.

[34] 彭学叶. Roy适应模式的研究现状及存在的问题. *全科护理*, 2010, 8(1): 254.

[收稿日期: 2014-04-29]

[修回日期: 2014-06-14]

(编辑: 贺欣萍 英文编辑: 张俊娥)