# 年轻乳腺癌患者术后心理适应与生育决策困境的质性研究及护理支持策略

陈杰杰

（西安交通大学第一附属医院　陕西西安　710000）

【摘　要】目的：为了解年轻乳腺癌患者术后心理适应和生育决策困境的真实感受，评价以罗伊适应模式为基础的护理干预效果。方法：采用混合研究方法。质性研究部分在2025年1月至6月对我院乳腺外科的年轻乳腺癌患者进行了半结构式访谈；量性研究部分将120例患者随机分为两组，一组接受罗伊适应模式干预，一组接受常规护理，干预时间为24周。结果质性研究得出情绪波动、决策冲突、支持需求三个主题。从量性研究结果来看，观察组PAIS-SR、PRS、决策困境量表和生育忧虑量表的评分都比对照组好，P＜0.05。结论年轻乳腺癌患者术后会同时遭遇心理适应和生育选择的双重困境，以罗伊适应模式为基础的护理干预可以较好地改善年轻乳腺癌患者的心理适应水平以及决策质量。

【关键词】年轻乳腺癌；心理适应；生育决策；罗伊适应模式；质性研究

Qualitative Study on Postoperative Psychological Adjustment and Fertility Decision-Making Dilemmas Among Young Breast Cancer Patients and Nursing Support Strategies

Chen Jiejie

（First Affiliated Hospital of Xi 'an Jiaotong University, Xi' an, Shaanxi Province　710000）

[Abstract] Objective: To understand the actual experiences of young breast cancer patients regarding postoperative psychological adjustment and fertility decision-making dilemmas, and to evaluate the efficacy of a nursing intervention based on the Roy Adaptation Model. Methods: A mixed-methods approach was employed. The qualitative component involved conducting semi-structured interviews with young breast cancer patients from the Breast Surgery Department of our hospital between January and June 2025; the quantitative component involved randomly assigning 120 patients into two groups: one group received nursing intervention based on the Roy Adaptation Model, while the other group received conventional nursing care, with the intervention duration set at 24 weeks. Results: The qualitative study identified three themes: emotional fluctuations, decision-making conflict, and need for support. The quantitative study revealed that the scores on the PAIS-SR, PRS, Decision-Making Dilemma Scale, and Fertility Concerns Scale were significantly higher in the intervention group compared to the control group (P <0.05). Conclusion: Young breast cancer patients face dual challenges—both in terms of postoperative psychological adjustment and fertility-related decision-making—after surgery; a nursing intervention based on the Roy Adaptation Model can effectively improve both the patients' psychological adjustment levels and the quality of their decision-making.

[Key words] young breast cancer; psychological adaptation; fertility decision-making; Roy's Adaptation Model; qualitative research

## 引言：

乳腺癌是我国女性发病率最高的恶性肿瘤，占全部恶性肿瘤的 15%左右，以 45 岁以下女性居多[1]。由于诊疗技术的发展，年轻乳腺癌患者的 5 年生存率超过 85%，但是手术、辅助治疗造成的生育功能受损问题成了年轻人面临的一种独特难题[2]。心理适应不良同生育决策的矛盾一起出现，严重危害患者长期的生活质量。但是目前对于该人群的心理适应和生育决策困境的综合研究很少，缺乏理论指导的护理干预策略也需要进一步完善。本研究采用混合研究法，目的在于认识年轻乳腺癌病人术后真实感受，寻找有效的护理支撑办法，给临床精准护理赋予循证依据。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料

质性研究阶段用目的抽样法选择 2025 年 1 月至 6 月我院乳腺外科收治的年轻乳腺癌患者作为研究对象。纳入标准为病理确诊为乳腺癌、确诊年龄≤40 岁、行乳腺癌根治术或保乳术、意识清楚、能合作访谈、知情同意。排除标准为合并严重的心、脑、肾等脏器功能障碍者，既往有精神病史或者认知障碍者，肿瘤复发或者远处转移者。患者均为女性，年龄 27～39 岁，平均（33.2±3.8）岁。

量性研究阶段用随机对照试验设计，在 2025 年 7 月到 12 月同科室收治的 120 例年轻乳腺癌患者中选择 60 例为观察组，另外 60 例为对照组。两组患者年龄、学历、临床分期、手术方式等基线资料比较差异无统计学意义（P>0.05），具有可比性。本文经医院伦理委员会批准，所有的患者都签署了知情同意书。

1.2 方法

质性研究用现象学研究法，用半结构式深入访谈来获取资料。访谈提纲根据文献回顾和课题组讨论来确定，包含以下几个方面。（1）确诊之后您的情绪发生了怎样的变化？（2）您对术后生育有怎样的看法？（3）您在生育决策中遇到的困难有哪些？（4）您需要得到哪些方面的帮助？访谈在独立安静的会谈室内进行，每次 30~60 分钟，全程录音。当资料饱和时就不再纳入。访谈录音在 24 小时内转录成文字，用 Colaizzi 七步分析法对资料进行分析。

量性研究中对照组采用常规的围术期护理和健康教育，即术前宣教、术后生命体征观察、伤口护理、引流管护理、心理辅导、出院指导。观察组在此基础上采用基于罗伊适应

模式的护理干预，干预时间为 24 周，具体措施有如下几点（1）生理适应层面，制定个性化的症状管理计划，建立疼痛、疲劳、睡眠障碍的自我监测日志；（2）自我概念层面，每周一次认知重构团体心理辅导，帮助患者重建术后身体形象；（3）角色功能层面，提供生育力保存信息咨询，帮助患者进行生育决策分析，绘制决策平衡单；（4）相互依赖层面，创建医护、患者、家属三方沟通平台，举办同辈支持互助小组（每两周一次线上交流会）。干预由经过统一培训的 2 名乳腺专科护士执行，用医院 APP、微信社群做延续管理。

1.3 观察指标

心理社会适应用心理社会适应量表（PAIS-SR）来评价，包括卫生保健、职业、家庭环境、性关系、社会交往等 7 个方面，共 46 个条目，总分 0 到 138 分，分数越高说明适应越差。（2）心理韧性使用心理韧性量表（PRS），包括坚韧、自强、乐观三个维度，共 25 个条目，总分 0 ~ 100 分。（3）决策困境用决策困境量表（DCS）来评价，包括信息不确定性、价值观清晰度、决策支持等五个方面，共 16 个条目，总分为 0 到 100 分。（4）生育忧虑用中文版癌症后生育忧虑量表（RCAC）来评价，包括生育能力担忧、伴侣知情度、子女健康等 5 个方面，共 18 个条目。所有的量表在干预前（T0）、干预 8 周后（T1）和干预后 3 个月随访时（T2）都进行了评价。量表具有良好的信效度，Cronbach‘s α 系数均>0.80。

1.4 统计学方法

使用 SPSS 26.0 软件对数据进行分析。计量资料用均数加减标准差（$\bar{x} \pm s$）表示，组间比较用独立样本 t 检验，组内不同时间点比较用重复测量方差分析；计数资料用例数(%)表示，用 $\chi^2$ 检验。质性资料用 Colaizzi 七步分析法，两名研究者独立编码后交叉核对，保证分析结果的可靠性。检验水准 α =0.05，P<0.05 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组患者干预前后 PAIS-SR 评分比较

观察组干预后 PAIS-SR 各个维度的评分比干预前都明显下降，并且下降的程度比对照组要大。两组干预前后比较，卫生保健、社会交往、性关系维度的差异比较明显（P<0.01）。提示用罗伊适应模式开展护理干预，可以有效地促进患者的心理社会适应。

2.2 两组患者干预前后 PRS 评分比较

观察组干预后 PRS 各个维度的评分都明显提高，和对照组相比差异有统计学意义（P < 0.01），坚韧维度的改善最明显。说明该干预方案可以有效地提高患者的心理韧性资源，提高患者面对疾病和生育决策困境的内在力量。

2.3 两组患者干预前后 DCS 评分比较

干预后决策困境量表各个维度的评分都比对照组低，其中信息不确定性维度的改善最明显，t 值为 7.235，P<0.001。提示经过决策分析以及信息支持之后，患者的生育决策困惑程度大大降低，生育决策的清晰度也明显提高。

2.4 两组患者干预前后 RCAC 评分比较

观察组干预后生育忧虑量表各个维度的评分都比对照组低（P < 0.05），其中对自身健康方面的担忧变化最明显（t=6.985，P < 0.001）。有针对性的生育相关的信息支持、心理疏导可以缓解患者对于生育问题的担忧。

表 1　两组患者干预前后 PAIS-SR 评分比较

| 组别 | 例数 | 时间点 | PAIS-SR 总分 | 卫生保健维度 | 社会交往维度 | 性关系维度 | 家庭环境维度 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 观察组 | 60 | 干预前 | 68.42 ± 9.15 | 12.35 ± 2.41 | 11.28 ± 2.53 | 10.82 ± 2.67 | 9.76 ± 2.18 |
| | | 干预后 | 42.18 ± 7.63 | 7.52 ± 1.86 | 6.94 ± 2.01 | 6.23 ± 1.95 | 6.85 ± 1.76 |
| 对照组 | 60 | 干预前 | 67.95 ± 8.87 | 12.18 ± 2.35 | 11.15 ± 2.48 | 10.65 ± 2.58 | 9.58 ± 2.12 |
| | | 干预后 | 53.46 ± 8.21 | 9.63 ± 2.12 | 8.87 ± 2.23 | 8.42 ± 2.14 | 7.96 ± 1.88 |
| 干预前 t 值 | | | 0.286 | 0.394 | 0.287 | 0.354 | 0.462 |
| 干预前 P 值 | | | 0.775 | 0.694 | 0.774 | 0.724 | 0.645 |
| 干预后 t 值 | | | 7.818 | 5.723 | 4.981 | 5.867 | 3.432 |
| 干预后 P 值 | | | <0.001 | <0.001 | <0.001 | <0.001 | 0.001 |

表 2　两组患者干预前后 PRS 评分比较

| 组别 | 例数 | 时间点 | PRS 总分 | 坚韧维度 | 自强维度 | 乐观维度 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 观察组 | 60 | 干预前 | 52.35 ± 8.64 | 26.42 ± 5.13 | 16.38 ± 3.52 | 9.55 ± 2.41 |
| | | 干预后 | 78.62 ± 7.85 | 38.56 ± 4.86 | 24.72 ± 3.18 | 15.34 ± 2.56 |
| 对照组 | 60 | 干预前 | 53.18 ± 8.42 | 26.85 ± 5.02 | 16.52 ± 3.48 | 9.81 ± 2.35 |
| | | 干预后 | 64.37 ± 8.13 | 31.24 ± 4.95 | 20.15 ± 3.25 | 12.98 ± 2.48 |
| 干预前 t 值 | – | – | 0.537 | 0.466 | 0.218 | 0.599 |
| 干预前 P 值 | – | – | 0.592 | 0.642 | 0.827 | 0.550 |
| 干预后 t 值 | – | – | 9.874 | 8.237 | 7.785 | 5.124 |
| 干预后 P 值 | – | – | <0.001 | <0.001 | <0.001 | <0.001 |

表 3　两组患者干预前后 DCS 评分比较

| 组别 | 例数 | 时间点 | DCS 总分 | 信息不确定性 | 价值观清晰度 | 决策支持 | 有效决策 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 观察组 | 60 | 干预前 | 68.35 ± 9.42 | 18.52 ± 3.46 | 15.38 ± 3.12 | 14.26 ± 2.98 | 12.45 ± 2.86 |
| | | 干预后 | 35.62 ± 7.18 | 9.24 ± 2.35 | 8.15 ± 2.08 | 7.86 ± 1.95 | 6.58 ± 1.76 |
| 对照组 | 60 | 干预前 | 67.92 ± 9.18 | 18.35 ± 3.38 | 15.42 ± 3.08 | 14.18 ± 2.92 | 12.38 ± 2.82 |
| | | 干预后 | 48.75 ± 8.06 | 13.42 ± 2.78 | 11.26 ± 2.45 | 10.38 ± 2.24 | 9.15 ± 2.12 |
| 干预前 t 值 | | | 0.252 | 0.271 | 0.071 | 0.151 | 0.137 |
| 干预前 P 值 | | | 0.801 | 0.786 | 0.943 | 0.880 | 0.891 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 干预后 t 值 | | | 9.456 | 8.958 | 7.423 | 6.612 | 7.235 |
| 干预后 P 值 | | | <0.001 | <0.001 | <0.001 | <0.001 | <0.001 |

表 4　两组患者干预前后 RCAC 评分比较

| 组别 | 例数 | 时间点 | RCAC 总分 | 生育能力担忧 | 伴侣知情度 | 子女健康担忧 | 自身健康担忧 | 生育接受度 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 观察组 | 60 | 干预前 | 58.65 ± 8.72 | 13.42 ± 2.65 | 11.28 ± 2.48 | 10.85 ± 2.34 | 12.56 ± 2.52 | 10.54 ± 2.38 |
| | | 干预后 | 32.48 ± 6.35 | 7.15 ± 1.86 | 6.42 ± 1.72 | 6.08 ± 1.65 | 6.52 ± 1.78 | 6.31 ± 1.62 |
| 对照组 | 60 | 干预前 | 59.12 ± 8.58 | 13.58 ± 2.58 | 11.42 ± 2.52 | 10.92 ± 2.38 | 12.68 ± 2.48 | 10.52 ± 2.42 |
| | | 干预后 | 44.26 ± 7.12 | 10.24 ± 2.12 | 8.86 ± 2.05 | 8.24 ± 1.92 | 8.92 ± 2.05 | 8.00 ± 1.98 |
| 干预前 t 值 | | | 0.299 | 0.338 | 0.310 | 0.163 | 0.263 | 0.046 |
| 干预前 P 值 | | | 0.765 | 0.736 | 0.757 | 0.870 | 0.793 | 0.963 |
| 干预后 t 值 | | | 9.513 | 8.456 | 7.158 | 6.732 | 6.985 | 5.132 |
| 干预后 P 值 | | | <0.001 | <0.001 | <0.001 | <0.001 | <0.001 | <0.001 |

## 3 讨论

本文使用混合研究的方法，对年轻乳腺癌患者术后心理适应和生育决策困境的真实体验进行系统的探究，并评价以罗伊适应模式为基础的护理干预的效果。从质性研究结果来看，病人在术后康复期间都会出现情绪上的起伏，即对于疾病预后存在焦虑、对于失去乳房所造成的身体意象变化感到困扰、对于生育能力受损而产生的矛盾和挣扎。这和以前的研究结果是一致的[3]。生育决策困境主要是求子愿望和健康风险之间的权衡，患者希望延续后代，但又担心妊娠会增加复发的风险，还要面对来自家庭和社会的种种压力。这一决策冲突的特殊之处在于，年轻乳腺癌患者要在这两个方面做出选择，即肿瘤的安全性和生育的可能性，而决策的窗口期很短，有些患者需要在化疗前就作出生育力保存的决定，信息的不足又加重了决策的困难[4]。

本研究量性结果表明，以罗伊适应模式为基础的护理干预可以对患者的心理适应水平以及生育决策质量产生多方面的影响。观察组干预后 PAIS-SR 总分降至（42.18 ± 7.63）分，显著低于对照组的（53.46 ± 8.21）分（t=7.818，P<0.001），表明该干预在促进患者心理社会适应方面具有显著优势。观察组 PRS 总分提高到（78.62 ± 7.85）分，对照组为（64.37 ± 8.13）分，t=9.874，P<0.001，心理韧性是个人应对压力的主要保护性资源，心理韧性的提高表明患者在面对疾病、生育相关的应激时有较强的抗压能力。罗伊适应模式从生理、自我概念、角色功能、相互依赖这四个适应模式出发，全方位地对患者进行评估和干预，很好地解决了年轻乳腺癌患者术后康复期的各种适应性问题。尤其在自我概念方面，利用认知重构团体心理辅导帮助患者重新塑造术后身体形象，从而减轻由于乳房缺失所引起的自我价值感下降[5]。

在生育决策困境的干预方面，观察组 DCS 评分由干预前的（68.35 ± 9.42）分降至（35.62 ± 7.18）分，对照组由（67.92 ± 9.18）分降至（48.75 ± 8.06）分，组间差异具有统计学意义（t=9.456，P<0.001）；观察组 RCAC 评分由（58.65 ± 8.72）分降至（32.48 ± 6.35）分，对照组由（59.12 ± 8.58）分降至（44.26 ± 7.12）分（t=9.513，P<0.001）。从 RCAC 各维度来看，观察组干预后“生育能力担忧”维度评分为（7.15 ± 1.86）分，显著低于对照组的（10.24 ± 2.12）分（t=8.456，P<0.001），“自身健康担忧”维度观察组为（6.52 ± 1.78）分，对照组为（8.92 ± 2.05）分（t=6.985，P<0.001），说明干预措施精准回应了年轻患者最为关切的核心议题。从原因上来说，观察组干预策略中“角色功能”模块专门设置了生育力保存信息咨询、决策平衡单分析，给患者提供了卵子冷冻、胚胎冷冻、卵巢组织冷冻等生育力保存技术的适应证、成功率、费用和时间窗等系统的相关信息，有效地减少了患者由于信息缺乏而产生的决策不确定感。

从干预机制角度来讲，本研究干预方案能取得明显成效，或许是因为有以下原因造成的：第一，罗伊适应模式给干预措施赋予了系统的理论架构，保证了干预手段的逻辑一致且全面涵盖，防止了传统护理里出现的“头痛医头，脚痛医脚”的零散化情况；第二，生育决策干预采用的是“信息赋能、情感支持、决策工具”三者并重的方式，既满足了患者对于客观信息的理性诉求，又考虑到了决策过程中所蕴含的情感体验以及人际关系上的矛盾，体现出以患者为中心的整体护理思想。目前临床实践当中，生育决策支持常常被忽略或者只是简单的转介给生殖医学科，缺少系统的决策辅导以及心理支持，本文填补了这一空白。因此，以罗伊适应模式为基础的护理干预方案是由专业信息支持、认知行为干预、社会支持网络构建等多种因素构成的，具有科学性、系统性、可操作性强等特点。它的创新之处在于把心理适应训练同生育决策支持结合起来，很好地满足了年轻乳腺癌患者群体的特殊需要。生育决策困境不是单纯的因信息缺失所造成的，是价值权衡、情感冲突、社会关系等各方面复杂的矛盾。本研究干预方案的最大优点就是，它并不试图替患者做决定，而是在给予患者足够的信息和结构化的决策分析工具之后，加强患者的内在决策能力以及社会支持网络，使患者在充分知情、自主权衡之后做出符合自己价值的决定。本研究的不足之处在于干预周期较短，远期效果还需要随访来证实；另外，研究是单中心的，样本的代表性也较弱。未来可以扩大样本量，延长随访时间，探索数字化健康管理工具对于该干预方案的效果，使它更好的进行临床推广。

**参考文献：**

[1]韩露.基于全病程管理平台育龄期乳腺癌患者生育信息支持方案构建及实证[D].湖南中医药大学,2025.
[2]陈雪蕾.基于时点匹配的中青年乳腺癌患者抑郁干预方案构建及评价研究[D].中南大学,2024.
[3]崔林娜.育龄期乳腺癌患者及其配偶二元应对与生育忧虑的关系：夫妻亲密关系的中介作用[D].河北大学,2024.
[4]王彬.保留生育功能的年轻宫颈癌患者生育忧虑的质性研究[D].浙江中医药大学,2022.
[5]张慧文.生育期乳腺癌患者生育忧虑现况及其影响因素研究[D].华北理工大学,2022.