

# 城区无社会保障老年女性的身心健康交互作用

王璇<sup>1</sup> 张腾霄 袁宝石<sup>2</sup> 韩布新 (中国科学院心理研究所 北京 100101)

**摘要** 目的 了解无社会保障(社保)老年居民躯体和心理健康状况,并分析其相关性及其影响因素。方法 调查北京某社区 300 位无社保女性老人,内容包含一般人口学资料、老年抑郁量表(GDS)、生活满意度、短孤独量表(UCLA)、中国人情感量表(简版)及健康体检数据。结果 (1)无社保老年人肥胖率、血压、血糖异常率分别为 21.81%、65.84% 和 41.96%,代谢综合征患病率为 11.52%,各慢性病患病率高于中国和其他研究报告的患病水平。(2)受教育水平、牙齿脱落情况与孤独、消极情感显著相关;体重指数与舒张压、孤独有显著相关;(3)分层回归分析表明,血糖和孤独能显著预测舒张压,多个变量可以预测孤独感;牙齿状况、满意度和积极情感均能预测消极情感。结论 社区无社保女性老人躯体、心理健康状况问题普遍较多,且身心相互作用显著,应重点关注文化水平低、身心健康状况差无社保者。

**关键词** 躯体健康;心理健康;交互作用;社会保障

(中图分类号) R592 (文献标识码) A (文章编号) 1005-9202(2013)12-2858-04; doi: 10.3969/j.issn.1005-9202.2013.12.056

北京市城乡无社会保障(社保)老年居民是指凡具有北京市户籍、年满 60 周岁,且不享受社会养老保障待遇的人员社保。国家养老保障待遇包括机关、事业单位离、退休费、辞职费;基本养老保险待遇和工伤保险定期待遇;建设征地超转人员生活补贴;自主择业军队转业干部退役金,移交地方管理军队干部退休金和无军籍职工退休金;农村社会养老保险待遇。北京市无社保老年居民每人每月领取 310 元,低于享受城市最低生活保障人员的经济收入(约 609 元),是目前最贫困的城市居民<sup>(1)</sup>。这些人多出生于非北京地区,后随家人进京,大部分主要从事家务劳动,极少部分曾经从事打零工等社会性工作。我国老龄人口近 2 亿,世界最多。与有社保老年人相比,无社保老年人在物质条件、医疗卫生条件、人际关系、社会支持、地位等方面明显不足,是老年人群中的弱势群体。有研究显示,无社保老年人的超重、肥胖,血压、血糖异常情况均高于其他文献报告的同龄老年人数据<sup>(2)</sup>。无社保老年人身体健康状况不佳,只享受城市居民最低的生活保障,该群体卫生服务的可及性及公平性应该是政府及社会关注的焦点之一。本文旨在探讨这一群体的躯体、心理健康状况及相关影响因素,为政府完善相关保障制度提供基础依据。

## 1 对象与方法

**1.1 研究对象** 抽取北京市某街道无社保老年居民 300 人。发放问卷 300 份,回收有效问卷 245 份,有效率为 81.67%。其中男性 2 人,占 0.82%,女性 243 人,占 99.18%,平均年龄(72.3 ± 5.3)岁。男性因太少未纳入。见表 1。

**1.2 研究方法** 调查人员经统一培训,通过体检采集体重指数、腰围、血压、血糖等躯体健康状况数据,电话访谈心理健康状况。听力功能减退者由家属或照料人员协助应答。问卷内

容包括:①基本资料:社会人口学特征(性别、年龄、受教育年限、婚姻状况、居住面积、出生地、北京居住时间等)、慢病自陈情况、牙齿脱落情况、参与体检情况、生活事件等。②4 条目老年抑郁量表(GDS)。得分超过 2 者,可判定为有临床上显著的抑郁问题<sup>(3)</sup>。③5 条目生活满意度量表。④3 条目孤独量表(UCLA)。⑤12 条目中国人情感量表(简版),分为积极情感和消极情感两个维度<sup>(4)</sup>。

表 1 243 名无社保女性老年人基本人口学资料

类别	n(%)	类别	n(%)
年龄(岁)		北京居住时间	
60~65	18(7.41)	<10 年	61(25.10)
66~70	76(31.27)	10~20 年	2(0.82)
71~75	95(39.09)	20~30 年	29(11.93)
76~78	54(22.21)	>30 年	151(62.14)
婚姻状况		生活事件 <sup>1)</sup>	
未婚	0(0)	住房紧张	142(58.44)
已婚	208(85.60)	经济困难	28(11.52)
丧偶	35(14.40)	本人重病或重伤	1(0.41)
居住面积(m <sup>2</sup> )		家庭成员死亡	32(13.17)
<40	10(4.12)	牙齿情况	
40~60	117(48.15)	正常	54(22.22)
60~80	109(44.86)	义齿	8(3.29)
>80	7(2.88)	缺齿	181(74.49)
教育程度 <sup>1)</sup>		自陈慢病情况 <sup>1)</sup>	
小学及以下	186(80.87)	高血压	160(65.84)
初中	40(17.39)	冠心病	29(11.93)
高中	3(1.3)	脑卒中	7(2.88)
大专	1(0.43)	肿瘤	4(1.65)
出生地 <sup>1)</sup>		腰围	
北京	21(11.48)	≥80 cm	204(83.95)
非北京	162(88.52)	<80 cm	39(16.05)

1) 存在缺失选项

**1.3 统计学方法** 采用 SPSS16.0 分析软件进行描述性分析,组间比较采用 t 检验或单因素方差分析和多元逐步回归分析。

## 2 结果

**2.1 躯体健康状况** 无社保老人体重指数(BMI) ≥ 28 kg/m<sup>2</sup> 为肥胖 53 例(21.81%),超重 104 例,正常 86 例。血糖异常者

基金项目:首都卫生发展科研专项 2011 年项目(2011-6031-01)

1 中国科学院大学 2 航天中心医院

通讯作者:韩布新(1966-),男,研究员,博士生导师,主要从事老年学研究。

第一作者:王璇(1979-),女,主治医师,在职硕士,主要从事老年人健康管理研究。

102例(41.96%) ,其中空腹血糖受损和糖尿病各51例。高血压160例(65.84%) ,以上三项指标同时异常者28例(11.52%)。

**2.2 心理健康状况** 各量表按照相应的计分要求统计。生活满意度的平均得分(18±3.2)分。其中,非常满意5例(2.06%) ,大体满意41例(16.87%) ,一般满意51例(20.99%) ,不太满意123例(50.62%) ,不满意23例(9.47%)。抑郁平均得分(0.02±0.17)分。其中0分239例

(98.35%) ,1分3例(1.24%) ,2分1例(0.04%)。孤独平均得分(4.7±1.3)分,积极情感平均得分(21.8±2.6)分,消极情感平均得分(9.0±2.3)分。

**2.3 各人口学指标不同水平下心理健康状况的差异** 各人口学变量中,不同教育水平、不同牙齿健康情况(不正常指缺齿和义齿)无社保老年人的孤独和消极情感维度得分差异显著。较低教育水平者、牙齿不正常者表现出更强的孤独感和消极情绪。见表2。

表2 不同受教育水平及牙齿健康情况的孤独和消极情感分析( $\bar{x} \pm s$ )

指标	n	孤独	t值	P值	Cohen's d	消极情感	t值	P值	Cohen's d	
教育水平	小学及以下	186	4.86±1.24	7.13	<0.001	1.03	9.26±2.48	2.15	0.035	0.29
	初中及以上	44	3.64±0.97				8.57±1.76			
牙齿健康	正常	54	4.07±1.20	4.22	<0.001	0.64	8.24±2.07	2.82	0.005	0.44
	不正常	189	4.86±1.26				9.25±2.38			

表3 舒张压与躯体、心理指标回归分析

指标	标准化回归系数	t值	P值	F值	P值	R <sup>2</sup>
第一层				1.67	0.19	0.02
年龄	-0.12	-1.72	0.09			
教育	-0.02	-0.24	0.81			
第二层				2.31	0.05	0.01
牙齿	0.04	0.52	0.61			
血糖	-0.15	-2.26	0.03			
BMI	0.07	1.02	0.31			
第三层				2.21	0.02	0.09
满意度	0.05	0.73	0.47			
抑郁	0.04	0.68	0.50			
孤独	-0.19	-2.56	0.01			
消极情感	0.01	0.08	0.93			
积极情感	-0.09	-1.18	0.24			

表4 孤独感与躯体、心理指标回归分析

指标	标准化回归系数	t值	P值	F值	P值	R <sup>2</sup>
第一层				20.42	<0.001	0.16
年龄	-0.19	-2.92	0.00			
教育	-0.33	-5.32	0.00			
第二层				10.15	<0.001	0.25
牙齿	0.18	2.93	0.004			
血糖	0.06	1.02	0.31			
BMI	-0.12	-2.08	0.04			
收缩压	0.04	0.58	0.57			
舒张压	-0.18	-2.37	0.02			
第三层				6.81	<.001	0.26
满意度	-0.03	-0.45	0.66			
抑郁	0.02	0.29	0.77			
消极情感	0.11	1.56	0.12			
积极情感	0.13	1.77	0.08			

**2.4 身心相互作用的多元逐步回归分析** 生理指标以舒张压为因变量,心理指标以孤独感、积极情感、消极情感为因变量,分别以人口学变量、生理指标、心理指标为自变量进行分层回归分析。见表3和表4。在控制了第一层人口学变量和第二层

生理指标变量之后,血糖和孤独能显著预测舒张压,即血糖水平越高,孤独感越强烈,舒张压水平越低。孤独感与躯体、心理指标影响因素分层回归分析中,显示多个变量可以预测孤独感,第一层人口学变量中年龄、受教育程度能显著预测孤独感,年龄越大、受教育程度越高,孤独感越低;第二层生理指标中牙齿情况、体重指数、血压情况能显著预测孤独感,牙齿健康状况越好、BMI越高、血压水平越高,孤独感越低。

**3 讨论**

**3.1 无社保老年人的躯体健康状况较差** 本研究显示,无社保老年人患病水平均高于2002年中国居民营养与健康状况调查水平<sup>(5)</sup>、同龄老年人<sup>(6)</sup>以及养老院老年人<sup>(7)</sup>的患病水平,但是接近于城市低保人群研究中的慢性患病率水平<sup>(8)</sup>。可能是躯体、社会、经济等方面原因使无社保老年人产生孤独、消极情感等精神卫生问题从而影响健康。患病后许多老年人不服用或者不规律服用药物,自我保健意识不强,躯体健康问题反过来影响其心理健康。

根据患者自陈慢病情况,排在首位的慢性病是高血压,其次依次为糖尿病、冠心病、脑卒中、肿瘤,这与刘雪荣等<sup>(9)</sup>、贾丽娜等<sup>(10)</sup>所报道的老年人以高血压为首位慢病一致。高血压是一种常见的心身疾病,心理因素在其发生、发展过程中具有重要作用<sup>(11)</sup>。慢性病不仅影响老年人的身体健康,而且使他们的心理压力增加,产生孤独、消极情感等心理问题。因此,无社保老年人的躯体健康管理要结合心理健康干预。

**3.2 生活满意度** 本研究说明该人群总体生活满意度不高,考虑其与住房紧张,经济收入状况不佳有关。梦琛等<sup>(12)</sup>发现,北京城区老年人满意度最低的是住房;农村老年人生活满意度高于城市的,经济收入是其主要影响因素之一。冯晓黎等<sup>(13)</sup>研究长春市老年人的生活满意度,发现经济状况是重要影响因素。

本研究结果低于上海市退休老人62%较满意<sup>(14)</sup>,也低于北京市老年人对生活感到很满意和满意者占55.3%的结果<sup>(15)</sup>。由于微薄的经济收入是城市中无社保老年人与农村老

年人的相似之处,因此经济收入状况是影响无社保老人生活满意程度的主要因素。

**3.3 孤独感** 国内外研究证明多数人到了老年都会有孤独的心理感受。本研究与国内潘健源等<sup>[16]</sup>、崔光辉等<sup>[17]</sup>研究结果一致。老年人受教育年限越低,精神文化方面的生活内容可能相对单调一些,也将遇到更多的生活问题。本研究中约 52.27% 的老人居住面积在 60 m<sup>2</sup> 以下,而且他们面对问题的方式及心理承受能力也呈现出差异性<sup>[18]</sup>,因此更容易产生孤独感。

本研究说明牙齿脱落情况越严重孤独感越高,消极情绪也越强烈。由于人的情绪情感是社会生活条件的反映,并与文化背景有极为密切的关系,无社保老年人以小学及以下文化水平居多,由于受文化程度的制约,其主动获取预防保健知识的能力有限,健康意识较差;同时亦影响其主动获取社会支持的能力;另一方面经济收入困难影响相关疾患及时就诊,所以 77.78% 的被试缺齿和义齿情况较严重。无社保老人“实际需求高,主动利用少,可利用资源更少”,其客观的经济因素、实际生理需求、自身管理能力导致无社保老人产生孤独、消极等负面情绪;因此躯体与心理因素互为因果,交互作用明显。

**3.4 政策建议** 根据基本公共卫生服务均等化,促进社会公平正义发展,构建社会主义和谐社会的基本国策,应进一步完善无社保老年人基本保障制度。本研究调查对象为城市老年人群中最低生活保障制度的保障对象。他们首先是经济方面的弱势群体,其次本身即为慢性病多发的年龄段,其中很大一部分是因疾病导致的经济困难,或者又因贫致病;躯体方面的弱势与经济方面的弱势互为因果关系,交互作用。鉴于该人群的上述特征,所以提醒我们应完善以下几方面工作,进一步加强对其身心健康状况的关注程度。

**第一,制度层面。**完善三级医院与社区基层医院之间双向转诊制度。目前,对于该人群的慢性疾病、危重症疾病的诊疗基本实现由基层医疗机构转诊至三级医院,但是出院后处于康复期的老人并未转回基层医疗机构,因此该部分病人未获得连续性的疾病管理。因慢性疾病(如高血压、糖尿病、冠心病)等需要终身治疗,由于缺乏有效的慢性病随访,使得该人群身心健康状况欠佳。因此,应完善畅通高效的双向转诊制度,保证患病老年人获得连续的疾病管理,提高慢性病的控制率,延缓或减少其并发症的发生和发展,从而整体提高老年人的身心健康状况,提升生活满意度,改善生活质量。

**第二,管理层面。**建议大力推广家庭医生式管理服务模式下,增加福利性养老机构的建设,收纳无社保老年人;增加政府的财政补贴,给基层医疗服务机构或社会养老机构;政府出台相应政策鼓励企业建设养老机构,增加养老机构建设资金的来源。家庭医生式服务是在老人和健康管理团队建立相对稳定的服务关系前提下,团队为老人提供连续的、综合的健康管理服务。使老人可享受到似亲人般给予的温暖和关怀,满足老年人的心理归属需求,同时使老年人享受到专业的家庭医生式医疗护理照顾,满足其躯体健康管理需求。

**第三,社会层面。**鼓励更多的志愿者、社区义工参与无社保老年人的身心关怀活动;社区提供更多适合老年人锻炼的基

础设施建设和文化娱乐活动;号召企业投身养老机构投资,在保持适当回报率前提下,联合慈善人士建立帮扶基金,为老人提供帮助。

**最后,家庭层面。**加强感恩教育,鼓励年轻人体贴、关心父母,多与老人沟通交流,关注心理需求;加强慢性病及相关知识的宣传,培养健康饮食、运动习惯,提高疾病认识水平;加强自我健康管理能力培养。自我健康管理是实现老年人健康管理效果最大化的切入点<sup>[19]</sup>,作为一种新的理念,强调对健康问题的主体意识和主体地位,强调自己在健康中的责任。在目前医疗资源尚不能充分满足老年人健康需求形势下,增强锻炼和情绪调控等自我健康管理能力,是促进老年人恢复健康,拥有健康,使自己的身心保持最佳状态的有效措施之一<sup>[20]</sup>。

致谢:北京市海淀区社区卫生服务管理中心提供相关政策文件,特此致谢。

#### 4 参考文献

- 1 海淀区落实《北京市城乡无社会养老保障老年居民养老保障办法》工作方案,老年保障工作手册(J). 海淀区劳动和社保局,2008;2:14.
- 2 孙陪喆,李静. 对 2263 例 60 岁以上无社保老人体检结果分析(J). 中国老年保健医学,2012;10(1):45-6.
- 3 Cheng ST, Yu ECS, Lee SY. The Geriatric depression scale as a screening tool for depression and suicide ideation: a replication and extension (J). Am J Geriatr Psychiatry, 2010;18(3):256-5.
- 4 Sheung-Tak Cheng, Coty Kit Ling Lee, Pizza Ka-Yee Chow. Social support and psychological well-being of nursing home residents in Hong Kong (J). Int Psychogeriatr, 2010;22:1185-90.
- 5 中国高血压防治指南修订委员会. 中国高血压防治指南 2010 (J). 中华心血管病杂志,2011;39(7):581.
- 6 康美玉,高玉梅. 河北省 3623 名城乡社区老年人慢性病及老年痴呆的现况调查(J). 中华流行病学杂志,2011;7(32):672-5.
- 7 王若蛟,侯卫星. 温州市养老院老年人健康状况调查(J). 中国老年学杂志,2011;4(31):1400-1.
- 8 刘海涛. 城市低保人群健康状况及其影响因素的研究(J). 中国全科医学,2006;4(9):567-9.
- 9 刘雪荣,于善林,叶文,等. 河北省燕郊社区 717 名老年慢性病现况调查(J). 中华老年医学杂志,2004;23(1):44-7.
- 10 贾丽娜,刘菲菲. 福州市城区老年人健康状况及社区卫生服务需求的调查(J). 中华老年医学杂志,2011;5(30):433.
- 11 王大华,申继亮. 老年人的日常环境控制感特点及其主观幸福感的关系(J). 中国老年学杂志,2005;25(10):1145-7.
- 12 梦琛,项曼君. 北京市城市、农村老年人生活满意度的对比分析(J). 中国老年学杂志,1995;1(16):106-7.
- 13 冯晓黎,李兆良,高燕. 经济收入及婚姻家庭对老年人生活满意度影响(J). 中国公共卫生,2005;21(12):1426-7.
- 14 时睿华,张登华. 老年心理学(M). 兰州:甘肃人民出版社,1989:111-2.
- 15 李德明,陈天秀,吴振云. 中国老年人的生活满意度及其影响因素(J). 中国心理卫生杂志,2008;22(7):543-9.
- 16 潘健源,张敏. 安徽省部分地区农村老年人孤独与睡眠状况及其影响因素(J). 中华疾病控制杂志,2010;4(14):335-7.
- 17 崔光辉,吴振强. 安徽某地区老年人孤独及其影响因素的研究(J).

现代预防医学 2009; 36(11): 2067-70.

18 张玲, 徐勇, 聂宏伟. 2000-2010年中国老年人抑郁患病率的meta分析[J]. 中国老年学杂志, 2011; 9(31): 3350-4.

19 沈若玲, 郑春芳. 人口老龄化与老年社区护理现状[J]. 现代护理, 2007; 13(12): 1117-9.

20 陈正英. 民族地区农村老年人自我健康管理状况调查[J]. 中国老年学杂志, 2011; 9(31): 3340.

(2013-04-11 收稿 2013-05-20 修回)

(编辑 张慧)

## 知晓癌症病情对肺癌患者术后生活质量的影响

付立萍 张玉芬 张荣泽 李瑞星 陈新

(河北医科大学附属第四医院胸心外科, 河北 石家庄 050011)

**摘要** 目的 探讨知晓癌症病情对肺癌术后患者生活质量的影响。方法 对2007~2010年在该院住院的200例肺癌术后患者进行调查, 采用SDS抑郁调查表、SAS焦虑调查表和QLQ-C30生活质量量表, 分析知晓病情与生活质量的相关性。结果 知情组SDS得分 $39.2 \pm 8.6$ , SAS得分 $38.8 \pm 8.2$ ; 非知情组SDS得分 $36.6 \pm 7.7$ , SAS得分 $31.4 \pm 7.5$ ; 两组SDS得分和SAS得分无差异显著( $P > 0.05$ )。两组在抑郁、焦虑程度方面相比无显著差异( $P > 0.05$ )。知情组整体QL得分 $59.6 \pm 11.4$ , 非知情组得分 $59.8 \pm 12.7$ , 均属于较差范畴, 两组整体生活质量相比无显著差异( $P > 0.05$ )。知情组经济影响得分 $52.8 \pm 18.6$ , 非知情组得分 $12.7 \pm 18.4$ , 两组经济影响相比差异显著( $P < 0.05$ )。抑郁( $\beta = -1.96$ ,  $OR = 0.14$ )和焦虑( $\beta = -1.53$ ,  $OR = 0.22$ )对生活质量有着显著的负面影响( $P < 0.05$ )。知情( $\beta = 0.35$ ,  $OR = 1.42$ )与生活质量无显著的影响( $P > 0.05$ )。结论 肺癌术后患者是否知晓病情对其生活质量影响不显著。

**关键词** 生活质量; 肺癌; 知晓病情

(中图分类号) R734 (文献标识码) A (文章编号) 1005-9202(2013)12-2861-02; doi: 10.3969/j.issn.1005-9202.2013.12.057

肺癌严重威胁人类健康, 而且早期诊断和治疗的效果不十分令人满意<sup>[1]</sup>。国外的调查显示<sup>[2]</sup>, 癌症患者中3.7%~45%合并有抑郁的表现。据此, 有学者认为隐瞒患者的真实病情可以减轻患者的心理痛苦, 提高患者生活质量。我科采用调查问卷的形式研究肺癌术后患者是否知晓病情对生活质量的影响。

### 1 对象与方法

**1.1 一般资料** 采用简单随机抽样法从2007~2010年在我院住院的270例肺癌术后患者中选出200例作为调查对象, 按照知情与否分为知情组和不知情组。年龄60~85(平均 $73.5 \pm 15.8$ )岁, 其中知情组、不知情组各100例。患者均对本次实验的内容和目的充分了解, 同意参与并签署知情同意书。排除标准<sup>[3]</sup>: 合并其他严重影响生活质量的慢性疾病如心脑血管病、糖尿病等; 有精神疾病和意识障碍, 定向力、理解力、记忆力存在障碍; 预计生存期低于3个月。两组患者的性别、年龄和肺癌种类比较差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。

### 1.2 方法

**1.2.1 调查方法** 200例患者于入院后第2天自愿配合研究人员填写心理健康问卷调查和生活质量量表, 均在1h内完成, 完成后当场回收。

### 1.2.2 研究工具

**1.2.2.1 抑郁自评量表(SDS)**<sup>[3]</sup> 由20个条目组成, 总分80分。反映抑郁状态四组特异性症状: 精神情感症状、躯体性障碍、精神运动性障碍、抑郁心理障碍。抑郁指数 = 患者SDS

总得分/80, 范围0.25~1.0, 指数越高, 抑郁程度越重。评分指数 $< 0.5$ 为无抑郁;  $0.50 \sim 0.59$ 为轻微至轻度抑郁;  $0.60 \sim 0.69$ 为中至重度抑郁;  $\geq 0.70$ 为重度抑郁。

**1.2.2.2 自评焦虑量表(SAS)**<sup>[4]</sup> 含有20个项目, 总分80分, 分为4级评分, 用于评出焦虑患者的主观感受。焦虑指数 = 患者SAS总得分/80, 范围0.25~1.0, 指数越高, 焦虑程度越重。评分指数 $< 0.5$ 为无焦虑;  $0.50 \sim 0.59$ 为轻微至轻度焦虑;  $0.60 \sim 0.69$ 为中至重度焦虑;  $\geq 0.70$ 为重度焦虑。

**1.2.2.3 生活质量量表** 采用生活质量核心问卷<sup>[5]</sup>(QLQ-C30), 共包含30个项目的自陈问卷, 包括一个整体生活质量量表(QL)和3个子量表。其中功能量表的得分越高表示生活质量状况越好, 症状量表得分越高, 表示生活质量状况越差。三个子量表(功能量表、总体健康状况/生活质量量表、症状量表)评分经过线性变换后满分都是100分。QL得分60分以下为生活质量较差, 合格为60~70分, 良好为71~79分, 优秀为80分以上。

**1.3 统计学方法** 应用SPSS17.0统计软件进行分析, 计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 $t$ 检验, 计数资料采用 $\chi^2$ 检验, 相关因素进行多因素Logistic回归分析。

## 2 结果

**2.1 两组患者负面情绪调查结果对比** 知情组SDS得分 $39.2 \pm 8.6$ , SAS得分 $38.8 \pm 8.2$ 。非知情组SDS得分 $36.6 \pm 7.7$ , SAS得分 $31.4 \pm 7.5$ 。两组SDS得分和SAS得分无差异显著( $P > 0.05$ )。两组抑郁、焦虑等级分布见表1。

**2.2 两组肺癌患者的生活质量调查结果** 两组整体QL得分均属于较差范畴, 两组比较无显著差异( $P > 0.05$ )。两组经济

第一作者: 付立萍(1974-), 女, 主治医师, 主要从事食管癌、肺癌术后病人护理方面的研究。