

• 心理护理 •
• 论 著 •

宫颈癌患者自杀风险短程认知行为干预方案的构建与初步验证

丁小萍¹, 饶贞丽², 张垠莹³, 何春燕⁴, 李岚¹, 胡德英²

摘要:目的 构建宫颈癌患者自杀风险短程认知行为干预方案并进行初步验证,为癌症患者自杀预防和管理提供参考。方法 以吉利汉博士开发的7周认知行为疗法为理论框架,结合证据总结和专家会议,构建宫颈癌患者自杀风险短程认知行为干预方案。采用非随机同期对照设计,将2023年5—6月在某三甲医院妇科肿瘤科就诊的26例宫颈癌患者按病区分为干预组和对照组各13例。对照组给予常规护理,干预组在常规护理基础上接受短程认知行为干预,包括设定目标并计划行动、建立新的思维模式、恢复生机、提升生活质量、直面癌症复发恐惧、制订安全计划以及融会贯通7个单元,总干预时长不超过7h。收集干预前、干预后即刻、干预后1个月两组的自杀意念、抑郁、消化系统不良反应、泌尿系统不良反应及生活质量。结果 干预组留存率为100%,接受度为100%,家庭作业依从率为30.77%~100%。干预后干预组自杀意念、抑郁、消化系统不良反应得分显著低于干预前及对照组,而生活质量得分显著高于干预前及对照组(均 $P<0.05$)。结论 宫颈癌患者自杀风险短程认知行为干预方案具有可行性,接受度好。应用该方案能有效降低宫颈癌患者自杀风险,提高生活质量,为临床心理护理实践提供参考。

关键词:宫颈癌; 自杀预防; 短程认知行为疗法; 自杀意念; 抑郁; 不良反应; 生活质量; 心理护理

中图分类号:R473.73 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2025.02.070

Development and preliminary validation of a brief cognitive behaviour intervention program for suicide prevention in cervical cancer patients

Ding Xiaoping, Rao Zhenli, Zhang Yinying, He Chunyan, Li Lan, Hu Deying. Department of Nursing, Wuhan Mental Health Center, Wuhan 430012, China

Abstract:Objective To develop and preliminarily validate a brief cognitive behaviour intervention program for suicide prevention tailored to cervical cancer patients, so as to provide references for prevention and management of suicide in cancer patients. Methods A brief cognitive behaviour intervention program for suicide prevention in cervical cancer patients was developed based on Dr. Gillihan's 7-week cognitive behaviour therapy, supplemented by a summary of evidence and expert meeting. A non-randomized controlled design was used. A total of 26 cervical cancer patients from the gynecological oncology department of a tertiary hospital from May to June 2023 were assigned to an intervention group ($n=13$) or a control group ($n=13$) based on ward allocation. The control group received routine nursing care along with general psychological interventions, while the intervention group additionally received the brief cognitive behaviour intervention program, which included setting goals and planning actions, establishing new thinking patterns, regaining vitality, improving quality of life, facing the fear of recurrence, making a safety plan, and integrating all elements into daily life, with a total duration of less than 7 hours. Data on suicidal ideation, depression, gastrointestinal system adverse reactions, urinary system adverse reactions, and quality of life were collected at three time points: pre-intervention, post-intervention, and 1 month after the intervention. Results In the intervention group, the retention rate was 100%, acceptability was 100%, adherence to assigned homework ranged from 30.77% to 100%. After the intervention, in the intervention group, the scores of suicidal ideation, depression, adverse digestive system reactions were significantly lower than those before the intervention and in the control group, while its scores of quality of life were significantly higher than those before the intervention and in the control group (all $P<0.05$). Conclusion The brief cognitive behaviour intervention program for suicide prevention in cervical cancer patients demonstrates feasibility and high acceptance. Its application effectively reduces suicide risk, improves quality of life, and offers valuable insights for clinical psychological practice.

Keywords: cervical cancer; suicide prevention; brief cognitive behaviour therapy; suicide ideation; depression; adverse reactions; quality of life; mental health nursing

作者单位:1. 武汉市精神卫生中心护理部(湖北 武汉,430012);
2. 华中科技大学同济医学院附属协和医院肿瘤中心;3. 南华大学护理学院;4. 华中科技大学同济医学院护理学院
通信作者:胡德英, hudeying2006@126.com

丁小萍:女,博士,护师, dxp-karen@outlook.com

科研项目:国家自然科学基金青年项目(72404095)

收稿:2024-08-10;修回:2024-10-13

自杀行为包括自杀意念、自杀未遂和自杀死亡,已成为癌症患者中的严峻精神卫生难题,而宫颈癌患者自杀风险显著高于一般人群和其他癌症患者^[1-5]。抑郁与自杀密切相关,当宫颈癌抑郁患者出现自杀意念时,自杀风险大幅增加^[6-7]。目前我国肿瘤医疗机构缺乏有效干预手段来直接管理癌症患者自杀风险,

精神卫生资源短缺、心理护理资源不足,以及躯体与心理护理间的资源分配矛盾等问题严重限制了传统心理干预的扩展性和持续效果^[8-9]。短程认知行为疗法(Brief Cognitive Behaviour Therapy, BCBT)作为国际公认的高效自杀干预方法,以其高效、灵活、针对性强、患者参与度高及成本效益显著等优势,在自杀干预中展现了良好成效^[10]。研究指出,癌症患者的心理问题多源于对疾病诊断、治疗及并发症的情绪反应,因此,干预应与癌症治疗相结合^[11-12]。本研究基于 7 周短程认知行为疗法^[13],结合宫颈癌患者的病情特点,构建一套针对性的干预方案,探索其在癌症治疗中的融合路径,以期对癌症患者的自杀预防和管理提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用类实验研究设计,2023 年 5—6 月选择武汉市某三甲医院妇科肿瘤科原发性宫颈癌

患者参与预试验。纳入标准:经病理学确诊为原发性宫颈癌;年龄 ≥ 18 岁;已接受过或正在接受放化疗;经 Beck 自杀意念量表(Beck Scale for Suicide Ideation, BSI)^[14]评估后确认存在自杀意念,但没有具体自杀计划或自杀未遂史等;生命体征平稳,能够配合完成研究;具备中文阅读和沟通能力;知情,同意参与本研究。排除标准:患有精神疾病、意识障碍或物质依赖;存在脑转移或其他认知功能障碍;患有其他类型癌症或危重疾病;研究期间计划接受或正在接受其他心理干预。本研究已通过华中科技大学同济医学院医学伦理委员会审查(2022S060)。Julious^[15]认为对于 1:1 两组随机对照试验,预试验两组各 12 例是合适的。参考国内外预试验研究,两组总样本量为 20~30^[16-18]。本研究共招募 26 例患者完成预试验,按病区分为干预组和对照组各 13 例,两组一般资料比较见表 1。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	文化程度(例)			婚姻状态(例)		职业状态(例)			宫颈癌分期(例)		治疗阶段(例)	
			初中	高中/中专	大专	已婚	再婚	在职	退休	无业	Ⅲ期	Ⅳ期	治疗期	恢复期
对照组	13	49.69 \pm 10.90	7	4	2	10	3	2	4	7	7	6	8	5
干预组	13	46.54 \pm 9.81	8	3	2	12	1	6	4	3	10	3	10	3
统计量		$t = -0.776$	$Z = -0.318$											
<i>P</i>		0.446	0.750			0.593*		0.214			0.411*		0.673*	

组别	例数	完成放疗次数(例)		医疗付费方式(例)			完成化疗周期(例)		癌症复发 (例)	癌症转移 (例)	合并慢病数量(例)	
		≤ 5 次	> 5 次	医保或商业保险	全公费	全自费	≤ 3 个	> 3 个			0种	1~2种
对照组	13	3	10	10	2	1	9	4	2	6	10	3
干预组	13	6	7	11	1	1	7	6	4	3	11	2
<i>P</i>		0.411		1.000*			0.688*		0.645*	0.411*	1.000*	

注: * 为 Fisher 精确概率法。

1.2 干预方法

对照组接受常规护理,包括疾病知识健康教育、饮食护理、症状管理、活动指导、用药指导及一般心理护理措施,如陪伴、鼓励、倾听和针对自杀风险的环境保护等。干预组在对照组的基础上接受短程认知行为疗法,具体如下。

1.2.1 组建干预小组 包括 2 名妇科肿瘤专科医生、2 名心理治疗师、3 名妇科肿瘤科责任护士和 3 名护理研究生。肿瘤专科医生负责解释宫颈癌相关医学问题,评估患者病情,提供治疗建议以满足患者需求;心理治疗师负责对干预小组成员进行 BCBT 培训管理;责任护士负责评估患者需求、实施干预和协调医患关系;护理研究生负责数据收集、整理与分析。全体成员共同参与相关文献检索、干预方案构建及干预指导等。

1.2.2 制订自杀风险短程认知行为干预方案 抑郁是导致自杀的重要前驱因素,及时识别和治疗抑郁对预防自杀至关重要^[19]。消化系统和泌尿系统的不良反应显著影响宫颈癌患者的抑郁状态^[20],因此本研究将这些不良反应作为干预靶点,并按照 PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews

and Meta-Analyses)框架对国内外相关文献进行检索和系统评价。中文检索词:宫颈肿瘤,宫颈癌,子宫颈肿瘤,宫颈部肿瘤,妇科恶性肿瘤;自杀行为,自杀未遂,自杀意念,自杀想法,自杀倾向;抑郁,抑郁症,抑郁情绪,抑郁障碍;消化系统不良反应,泌尿系统不良反应,症状,症状群。英文检索词:uterine cervical neoplasm*, cervical cancer*, cervical neoplasm*, uterine cervical cancer*, cervix neoplasm*; suicidal behavior, suicide attempt, suicidal ideation; depression*, neurotic depression*; adverse digestive reactions, adverse urinary reactions, symptoms, symptom clusters。在此基础上,研究以宾夕法尼亚大学吉利汉博士^[13]开发的 7 周短程认知行为疗法为理论框架,经过干预小组讨论并通过专家会议论证,最终形成包含 7 个单元的自杀风险短程认知行为干预方案,详见表 2。

1.2.3 实施自杀风险短程认知行为干预方案 共干预 7 周,每周 1 次,每次 45~60 min。干预由妇科科责任护士一对一实施,前 2 周为线下面对面干预,出院后 5 周为线上干预。线下阶段主要通过互动交流、问卷调查和知识讲解等方式进行;线上阶段则涵盖知识讲解、功能锻炼、快乐活动和放松训练等内容。干

单元的秩序也可以根据患者情况灵活调整。

1.3 评价方法

1.3.1 干预方案的可行性

①招募率:同意参与的患者占招募总数的比例。②留存率:完成预试验及问卷的患者占初始患者数的比例。③依从性:评价患者完成家庭作业情况,包括情绪管理实践、功能锻炼和快乐活动等。依从率为实际完成全部家庭作业的患

者例数/要求完成作业的患者总例数。

1.3.2 干预方案的可接受度

采用自制量表于干预结束时评估方案的可接受度,包括方案目标、内容理解、兴趣、帮助性、需求满足、满意度、持续意愿和推荐意愿 8 个条目,选项为“非常不同意”“不同意”“同意”“非常同意”。可接受度为全部选择“非常同意”和“同意”的条目数除以总条目数。

表 2 宫颈癌患者自杀风险的短程认知行为干预方案

单元主题	单元目标	干预内容
设定目标并计划行动(第 1 周)	了解患者概况;建立信任关系;设定目标并计划行动	查阅电子病历,全面了解患者基本信息、治疗状况、心理状态及自杀风险;与患者自我介绍,建立信任关系;介绍干预方案内容、日程和预期收益,增强患者求治信念;与患者共同确定 3 项首要问题,并据此设定 3 个 SMART [®] 目标
建立新的思维模式(第 2 周)	识别负性思维与情绪;认知重构;情绪管理策略介绍	引导患者记录和分析自杀相关的负性自动思维和情绪反应;运用认知行为疗法中的 ABC [®] 理论和反驳技术,帮助患者纠正负性思维,建立新的思维模式;介绍情绪调节方法,如情绪宣泄、安全岛、分心与再聚焦、情感启动等
恢复生机(第 3 周)	情绪管理策略实践;自我激励与自我肯定;行为激活	指导患者实践情绪调节方法,促进情感释放与分享,帮助其稳定情绪;运用自我激励和自我肯定技术,帮助患者重建自我价值和积极生活态度;从《快乐活动清单》中选择 3 项感兴趣的 活动,鼓励患者在 1 周内完成,并评估情绪变化;建立责任机制,鼓励患者向家人或朋友分享活动计划,以获得支持与鼓励
提升生活质量(第 4 周)	应对治疗不良反应;性健康与人际修复;幸福感培养	提供个性化饮食方案和膀胱功能训练等认知和行为干预,帮助患者应对消化不良和放射性膀胱炎;提供性健康教育与干预,如性瑜伽、盆底康复和阴道冲洗,帮助患者改善人际关系和恢复性生活;持续实践情绪管理、自我激励与行为激活,引导患者发现生活积极面,提升幸福感
直面复发恐惧(第 5 周)	癌症复发恐惧管理;生命意义探寻	编制癌症复发电子手册和视频教程,帮助患者建立正确认知,减少恐慌;设立支持小组,鼓励患者表达对复发的担忧,通过群体共鸣减轻心理负担;引导患者进行系统放松训练,使用渐进式肌肉松弛技术以缓解紧张与焦虑;基于 PERMA [®] 模型,指导患者完成生命意义卡,提醒患者化解“活着没意义”等想法,减少自杀意念
制订安全计划(第 6 周)	社会支持网络建设;个性化安全计划制订	建立社会支持网络,帮助患者维持积极人际关系,学习沟通技巧,获取情感和实质支持;制订个性化安全计划,与患者明确应对自杀意念的措施,包括紧急联系人、专业求助资源及分散注意力和安抚情绪的活动
融会贯通(第 7 周)	目标清单回顾;技能巩固与拓展;未来规划与支持	与患者回顾之前的 3 个 SMART 目标,评估其达成情况,尤其关注自杀风险的降低;鼓励患者继续练习并拓展情绪管理、自我激励与自我肯定的认知行为技能;共同制订未来生活和治疗计划,确保持续的心理支持与资源保障

注: [®] specific(具体的), measurable(可测量的), attainable(可实现的), relevant (相关的), time-bound(有时限的); [®] Activating Event(诱发事件), Belief(个体对诱发事件 A 的认知和评价所产生的信念), Consequence(情绪和行为后果); [®] Positive Emotions(积极情绪), Engagement(投入), Relationships(关系), Meaning(意义), Accomplishment(成就)。

1.3.3 干预效果

干预前、干预后即刻(第 7 周)、干预结束后 1 个月(第 11 周)分别由经过培训的护理研究生收集以下评价资料。①自杀意念:使用 Beck 自杀意念量表^[14]评估患者过去 1 个月自杀意念严重程度。该量表包括多项关于自杀意图、计划和动机的条目,帮助评估自杀风险的严重性。得分越高,表示患者的自杀风险越大。②抑郁:使用 9 条目患者健康问卷(Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9)^[21]评估患者过去 1 个月的情绪状况,主要关注抑郁症状的严重性。量表中的每个条目对应不同的抑郁症状(如情绪低落、兴趣缺失等),得分越高表明抑郁程度越严重。③治疗不良反应:采用不良事件通用术语标准患者报告结果版本(Patient-Reported Outcomes version of the Common Terminology Criteria for Adverse Events, PRO-CTCAE)^[22]评估患者的治疗不良反应。该量表包括多个与治疗相

关的症状条目,特别关注消化系统和泌尿系统的反应。得分越高,表示不良反应程度越严重。④生活质量:使用宫颈癌治疗功能评价量表(Functional Assessment of Cancer Therapy-Cervix, FACT-Cx)^[23]评估患者的生活质量。该量表特别关注宫颈癌患者的特异性生活质量模块,涵盖身体、社会/家庭、情感和功能 4 个维度的生活质量,能够全面反映患者的整体生活状态,得分越高,表示生活质量越好。

1.4 统计学方法 采用 SPSS26.00 软件进行统计描述、 χ^2 检验、Fisher 精确概率法、t 检验、重复测量的方差分析。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 干预方案的可行性和可接受度 本研究 26 例患者全部完成预试验及问卷填写,留存率为 100%。干预者在第 3 周开始给干预组布置家庭作业,干预后

干预组情绪管理实践依从率为 61.54% (8/13),膀胱功能锻炼依从率为 30.77% (4/13),其他功能锻炼依从率为 100%,快乐活动依从率为 100%,干预方案接受度为 100%。

2.2 干预的初步效果 预试验结果显示,干预方案对自杀意念、抑郁、消化系统不良反应、生活质量有显著改善作用(均 $P < 0.05$),对泌尿系统不良反应没有改善作用($P > 0.05$),结果见表 3。

表 3 两组不同时段干预效果得分比较

分, $\bar{x} \pm s$

时间	例数	自杀意念		抑郁		消化系统不良反应		泌尿系统不良反应		生活质量	
		对照组	干预组	对照组	干预组	对照组	干预组	对照组	干预组	对照组	干预组
干预前	13	10.42±8.36	9.45±7.43	5.38±4.48	6.31±3.52	4.69±2.32	4.92±3.80	1.85±1.28	2.46±1.51	90.92±22.77	90.15±19.52
干预后	13	9.53±7.52	7.43±3.50 [△] #	4.85±1.95	2.62±2.22 [△] #	4.85±1.52	2.54±2.53 [△] #	2.31±1.03	2.23±1.74	89.92±17.89	105.77±12.26 [△] #
干预后 1 个月	13	7.82±6.80	3.57±1.72 [△] #	5.31±2.25	2.38±1.76 [△] #	3.77±1.83	1.92±1.66 [△] #	1.77±1.24	2.08±1.04	87.15±18.36	114.77±8.25 [△] #
$F_{干预}$		5.333*		3.862*		3.786*		0.953		8.806*	
$F_{时间}$		9.767*		5.332*		5.471*		0.440		3.391*	
$F_{交互}$		6.351*		3.960*		5.210*		0.426		6.023*	

注:与对照组同时段比较, [△] $P < 0.05$;与本组干预组前比较, [#] $P < 0.05$; * $P < 0.05$ 。

3 讨论

3.1 短程认知行为干预方案具有科学性 吉利汉博士^[13]开发的 7 周短程认知行为疗法,通过实时收集患者的思想、情感和和行为数据,灵活调整治疗焦点,为癌症患者提供快速、灵活的干预,为自杀风险干预方案提供了结构化的理论框架。在此基础上,本研究系统评价了宫颈癌患者自杀干预的相关研究,为修订 7 周认知行为疗法的时机、形式、内容、技术等提供了科学依据,并凸显方案构建的严谨性。研究选取了宫颈癌患者的消化和泌尿系统不良反应等核心症状作为干预靶点,增加了应对治疗不良反应、性健康、人际修复及癌症复发恐惧管理的特定单元,增强了方案的针对性。最终,多个医学领域的资深专家参与方案审定,确保了干预方案的专业性和权威性。

3.2 短程认知行为干预方案具有可行性、可接受度好

本研究所有参与患者均坚持完成了整个干预过程,显示出方案的可行性和良好接受度。这得益于通过病区医护人员推荐进行患者招募的方式,相较于传统面对面沟通或海报招募更易获得患者信赖^[24]。同时,干预内容围绕癌症患者关注的饮食营养、治疗不良反应及功能锻炼等,增强了患者的参与意愿,留存率显著提高^[25-26]。干预接受度达到 100%,患者对方案目标、内容及个人获益感均给予积极反馈,归因于方案设计的科学性和实施的灵活性。干预以“讲故事”方式开场,通过医院面对面交流为患者提供情感表达平台,同时帮助干预者更精准地了解患者需求,从而建立信任关系。干预模块顺序可根据患者情况灵活调整,线上线下结合的形式突破了时间和空间的限制,尤其前 2 周的面对面交流为后续线上干预奠定了基础。

3.3 短程认知行为干预初步效果

3.3.1 改善抑郁及自杀意念 表 3 结果表明,干预方案显著改善了抑郁状况并降低了自杀意念。初期引导患者记录并分析负面思维和情绪,提高了自我觉知能力,为后续认知重构奠定基础。通过 ABC 理论和反驳法,帮助患者逐步建立积极的思维模式;教授情绪宣泄法和安全岛等情绪调节技巧,提供即时支持,使患者掌

握应对抑郁的工具^[27]。在降低自杀意念方面,方案通过设定 SMART 目标满足患者核心需求,激发求治信念和生活热爱。情绪管理、自我激励和自我肯定的实践重塑了患者的自我价值感。方案还建立了社会支持网络并制订个性化安全计划,以在自杀意念增强时提供及时援助^[28]。此外,针对治疗不良反应、性健康和人际关系困扰的辅导内容缓解了身心压力,从根本上削弱了自杀意念。方案还引导患者正视癌症恐惧,探索生命意义,培养乐观心态,从而有效降低自杀意念的严重性。

3.3.2 减轻消化系统不良反应,提高生活质量

表 3 结果显示,干预方案显著减轻了消化系统不良反应,并提升了生活质量。研究表明,化疗中的恶心呕吐可成为患者的条件性刺激,甚至在治疗尚未开始时,仅提示或记忆即可引发恶心和呕吐^[29]。干预从第 4 周起,通过知识讲解纠正患者对消化系统不良反应、性生活恢复及癌症复发的误解,帮助患者在应对这些应激事件时重塑自我认知并选择更有效的应对策略。同时,鼓励患者建立科学的饮食习惯,参与有氧运动,进行阴道冲洗和放松训练,通过学习新方法应对不良反应或复发恐惧。综合认知和行为干预有效减轻了消化系统不良反应,显著改善了患者的生活质量。

本研究结果显示,两组在干预前、干预后即刻及干预后 1 个月的尿频、尿急、尿漏等泌尿系统不良反应未见显著改善,表明干预方案在缓解这些症状方面未达到预期效果。这可能与患者对膀胱功能锻炼的依从性较低有关。干预方案第 4 周特别针对泌尿系统不良反应开展了认知和行为干预,其中膀胱功能锻炼要求患者每天独立完成 3 次训练,以加强憋尿能力。然而,较低学历的患者可能难以理解和坚持高频训练;此外,宫颈癌患者因承担多重社会角色引起角色冲突,导致时间上的巨大压力,进一步影响锻炼的持续性。未来的干预策略应更充分考虑患者的实际情况,以提高方案的有效性和依从性。

4 结论

本研究基于吉利汉博士的 7 周认知行为疗法,以

消化和泌尿系统不良反应等核心症状群为干预靶点,经过系统评价和专家讨论,形成了适用于宫颈癌患者的自杀风险短程认知行为干预方案。预试验结果表明,该方案在改善宫颈癌患者的自杀意念、抑郁、消化系统不良反应及生活质量方面效果显著,证实了其可行性和接受度,为高自杀风险癌症患者提供了结构化的干预框架,也为进一步优化和推广心理干预策略奠定了基础。然而,方案缓解泌尿系统不良反应的效果有限,未来研究需探索更具针对性的改进措施;此外,由于本研究采用非随机同期对照设计,样本量小且效果观察时间短,需进一步通过大样本随机对照研究来验证长期效果。

参考文献:

- [1] 杜睿,江光荣. 自杀行为的分类与命名:现状、评述及展望[J]. 中国临床心理学杂志,2015,23(4):690-694.
- [2] Yang P, Zheng Y, Chen J, et al. Immediate risk of non-cancer deaths after a cancer diagnosis[J]. BMC Cancer, 2021,21(1):963.
- [3] 张岚. 宫颈癌同步放化疗患者症状群与生活质量的关 系[D]. 济南:山东大学,2021.
- [4] 李建湘,潘琦文,班婷. 宫颈癌患者不良心理情绪调查及 相关危险因素分析[J]. 河北医学,2013,19(11):1619-1621.
- [5] Jiang X, Tang H, Chen T. Epidemiology of gynecologic cancers in China[J]. J Gynecol Oncol,2018,29(1):e7.
- [6] Pinquart M, Duberstein P R. Depression and cancer mortality: a meta-analysis[J]. Psychol Med, 2010,40(11):1797-1810.
- [7] Akechi T. Suicide prevention among patients with cancer[J]. Gen Hosp Psychiatry,2020,64:119-120.
- [8] Chu Q, Cheong I H, Le P D, et al. The unaddressed mental health burden among cancer patients in China: a call to action[J]. Lancet Psychiatry,2021,8(8):646-647.
- [9] Shi W, Shen Z, Wang S, et al. Barriers to professional mental health help-seeking among Chinese adults: a systematic review[J]. Front Psychiatry,2020,11:442.
- [10] Bernecker S L, Zuromski K L, Curry J C, et al. Economic evaluation of brief cognitive behavioral therapy vs. treatment as usual for suicidal US army soldiers[J]. JAMA Psychiatry,2020,77(3):256-264.
- [11] 唐丽丽. 中国肿瘤心理临床实践指南[M]. 北京:人民卫生出版社,2020:34-37.
- [12] 沃森,基桑. 癌症患者心理治疗手册[M]. 北京:北京大学医学出版社,2016:142,157.
- [13] 赛思·吉利汉. 重新训练你的大脑:7周认知行为疗法[M]. 北京:中国青年出版社,2020.
- [14] 李献云,费立鹏,童永胜,等. Beck自杀意念量表中文版在社区成年人群众中应用的信效度[J]. 中国心理卫生杂志,2010,24(4):250-255.
- [15] Julious S A. Sample size of 12 per group rule of thumb for a pilot study[J]. Pharm Stat,2010,4(4):287-291.
- [16] 张颖,王俊慧,胡焯胤,等. 中医药临床研究中预试验样本量的确定[J]. 中医杂志,2021,62(4):307-311.
- [17] Casson S A. A mixed methods pilot study evaluating the effectiveness of a mindfulness-based intervention for exam-related anxiety in secondary school settings[D]. London:University of London,2017.
- [18] Chow K M, Chan C W H, Chan J C Y, et al. A feasibility study of a psycho-educational intervention program for gynecological cancer patients[J]. Eur J Oncol Nurs,2014,18(4):385-392.
- [19] Melhem N, Porta G, Oquendo M, et al. Severity and variability of depression symptoms predicting suicide attempt in high-risk individuals[J]. JAMA Psychiatry, 2019,76(6):603-613.
- [20] Ding X, Zhang Y, Wang J, et al. The association of adverse reactions and depression in cervical cancer patients treated with radiotherapy and/or chemotherapy: moderated mediation models[J]. Front Psychol, 2023,14:1207265.
- [21] Kroenke K, Spitzer R L, Williams J B. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure[J]. J Gen Intern Med,2001,16(9):606-613.
- [22] National Cancer Institute. PRO-CTCAE measurement system[EB/OL]. (2022-01-28) [2024-03-27]. <https://healthcaredelivery.cancer.gov/pro-ctcae/instrument-pro.html>.
- [23] Yu C, Fielding R, Chan C, et al. Measuring quality of life of Chinese cancer patients: a validation of the Chinese version of the Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) scale[J]. Cancer,2000,88(7):1715-1727.
- [24] Cochrane B B, Lewis F M, Griffith K A. Exploring a diffusion of benefit: does a woman with breast cancer derive benefit from an intervention delivered to her partner? [J]. Oncol Nurs Forum,2011,38(2):207-214.
- [25] 张桂英,张志芳,吴莹莹. 循序渐进式疼痛康复干预联合心理疗法对骨肉瘤术后患者负性情绪及疼痛的影响[J]. 癌症进展,2022,20(8):824-827,835.
- [26] Castellini G, Cassioli E, Rossi E, et al. Bridging cognitive, phenomenological and psycho-dynamic approaches to eating disorders[J]. Eat Weight Disord,2022,27(7):2273-2289.
- [27] 郭召良. 认知行为疗法123项实用技术[M]. 北京:人民邮电出版社,2023:229-234.
- [28] 刘晓红. 临床焦虑与抑郁管理[M]. 长沙:中南大学出版社,2020:2,29-30.
- [29] Watson M. Anticipatory nausea and vomiting: broadening the scope of psychological treatments[J]. Support Care Cancer,1993,1(4):171-177.