中青年妇科恶性肿瘤患者及配偶二元应对影响因素的质性研究

邓新茹¹, 耿力², 陈婷¹, 杨赛², 万盈璐³, 程迪¹

摘要:目的 探讨中青年妇科恶性肿瘤患者及配偶二元应对的影响因素,为二元应对干预设计和实施提供依据。方法 采用描述性质质性研究,选取 12 对中青年妇科恶性肿瘤患者及配偶进行半结构式访谈。采用主题分析法分析访谈资料。结果 共提炼出个体内部特征、二元人际关系、社会支持系统和社会文化环境 4 个主题和 11 个亚主题。结论 中青年妇科恶性肿瘤患者及配偶二元应对受多维因素影响,医护人员可基于此设计和实施二元应对干预,促进夫妻疾病适应。

关键词:中青年; 妇科恶性肿瘤; 配偶; 二元应对; 人际关系; 社会支持; 质性研究; 护理

中图分类号:R473.71 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2025.17.031

Influencing factors of dyadic coping in young and middle-aged couples facing gynecologic cancer: a qualitative study

Deng Xinru, Geng Li, Chen Ting, Yang Sai, Wan Yinglu, Cheng Di. Department of Thyroid and Breast Surgery, Union Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430022, China

Abstract: Objective To identify the influencing factors of dyadic coping in young and middle-aged couples facing gynecologic cancer.

Methods A descriptive qualitative study was conducted based on semi-structured interviews with 12 pairs of young and middle-aged couples facing gynecologic cancer. Interview data were analyzed using thematic analysis. **Results** Four themes (intrapersonal characteristics, interpersonal interactions, support systems, and sociocultural environment) and eleven sub-themes were revealed. **Conclusion** This study highlighted multilevel influencing factors of dyadic coping in young and middle-aged couples facing gynecologic cancer. Couple-based interventions should be designed to facilitate cancer adaptation.

Keywords: young and middle-age; gynecologic cancer; spouses; dyadic coping; interpersonal interactions; influencing factors; qualitative study

妇科恶性肿瘤的发病形势严峻且渐趋年轻化^[1-2]。中青年是亲密关系建立、事业发展、承担家庭和社会责任的关键时期。因此,癌症诊断作为严重的家庭事件通常对中青年夫妻造成更大的生理、心理和社会负面影响,导致双方较差的生活质量^[3-4]。二元应对是指伴侣双方在面对压力事件时的共同决策和应对,包括压力沟通、支持应对、委托应对、共同应对和消极应对多种模式^[5]。二元应对作为应对疾病的重要资源,能够缓解癌症夫妻的心理压力、改善亲密关系,从而提高生活质量^[6]。然而,中青年癌症夫妻在利用个人和关系资源方面存在困难,二元应对水平有待提升^[7]。既往关于癌症夫妻二元应对影响因素的探索多为量性研究,且缺乏理论框架基础,并指出年龄、文化程度、家庭收入、疾病分期、病程、婚龄等是重要的影响因素^[8-9]。然而,二元应对是一个具有文化特征的动态概念,单纯的量性研究难以深入剖析复杂的影响因素或捕捉夫妻间的细微差异^[10]。因此,本研究基于二元疾病管理理论^[11],采用描述性质质性研究深入探讨中青年妇科恶性肿瘤患者及配偶二元应对的影

响因素,为二元应对干预设计和实施提供依据。

1 对象与方法

1.1 对象 采用目的抽样和最大差异原则,于 2023 年 5—6 月在我院选取前期量性研究^[12]中不同二元应对得分的中青年妇科恶性肿瘤患者及配偶为研究对象。纳入标准:①已婚夫妻,其中女性确诊为妇科恶性肿瘤,配偶被患者指定为主要照顾者;②年龄 18~59 岁;③均知晓病情;④愿意参与并能够进行沟通。排除标准:合并其他恶性肿瘤、严重疾病、认知或精神障碍。样本量以信息饱和为原则,在访谈完第 10 对夫妻后,没有新信息出现,为进一步确定资料是否真正饱和,再访谈 2 对夫妻,无新主题析出,停止访谈。最终纳入 12 对夫妻(患者以 P1~P12 编号,配偶以 SC1~SC12 编号)。访谈对象一般资料见表 1。本研究通过华中科技大学同济医学院伦理委员会批准(2023-S030)。

1.2 方法

1.2.1 理论基础 二元疾病管理理论强调夫妻参与管理和应对疾病的行为及其对健康的影响是一个二元过程,并受个体、二元、家庭/社会、文化等风险-保护因素的影响^[11]。本研究基于该理论制订访谈提纲并整合访谈主题。

1.2.2 确定访谈提纲 基于二元疾病管理理论,结合文献回顾、小组讨论形成最初访谈提纲,选择 2 对

作者单位:华中科技大学同济医学院附属协和医院 1. 甲乳外科

2. 护理部 3. 妇产科(湖北 武汉,430022)

通信作者:陈婷, xh61626@163.com

邓新茹:女,硕士,护师,996519761@qq.com

收稿:2025-02-19;修回:2025-05-24

夫妻进行预访谈并修订形成最终访谈提纲:①当得知自己/爱人患病时,您是怎么想的?②您认为应对疾病是个人还是夫妻双方的责任?为什么?③患病后,您与爱人的生活发生了哪些变化?④您与爱人如何应对这些变化?对您有什么影响?⑤您在患病过程

中是否获得爱人的支持/向爱人提供支持?具体有哪些?对您有什么影响?⑥在应对疾病的过程中,遇到了哪些困难或挑战?如何解决的?⑦您与爱人还需要哪些支持?

表 1 访谈对象一般资料

访谈对象	年龄(岁)	婚龄(年)	学历	职业	肿瘤类型	分期	治疗方式	二元应对 ^[13] 得分
P1	54	30	小学	农民	卵巢癌	Ⅳ	手术+化疗	89
SC1	53		小学	农民				117
P2	55	35	初中	退休	卵巢癌	Ⅲ	手术+化疗	126
SC2	57		本科	职员				71
P3	53	30	本科	教师	子宫内膜癌	Ⅰ	手术	44
SC3	53		本科	职员				114
P4	51	32	小学	农民	卵巢癌	Ⅱ	手术+化疗	118
SC4	53		初中	无业				96
P5	58	34	初中	农民	子宫内膜癌	Ⅰ	手术+化疗	125
SC5	57		初中	工人				130
P6	42	21	大专	职员	卵巢癌	Ⅰ	手术	147
SC6	51		大专	职员				109
P7	55	28	大专	退休	卵巢癌	Ⅰ	手术+化疗	110
SC7	52		中专	农民				107
P8	24	2	大专	职员	宫颈癌	Ⅰ	化疗	100
SC8	27		中专	个体经营				134
P9	55	35	小学	农民	子宫内膜癌	Ⅰ	手术+化疗	80
SC9	56		初中	农民				100
P10	44	10	中专	职员	宫颈癌	Ⅲ	手术+化疗	126
SC10	36		初中	职员				173
P11	49	24	中专	职员	宫颈癌	Ⅱ	手术	149
SC11	50		高中	职员				132
P12	41	21	高中	职员	宫颈癌	Ⅰ	手术+化疗	148
SC12	47		初中	个体经营				111

1.2.3 资料收集方法 采用半结构化面对面访谈收集资料。由具有妇科肿瘤实习经历并接受过质性研究培训的 2 名护理研究生开展访谈。在约定时间内,研究者向受访者充分解释研究目的和意义,获取书面知情同意后,开始收集一般资料并进行深入访谈。基于预访谈的反馈,患者和配偶在病区安静的会议室分开访谈更利于自由表达,双方可以随时退出或拒绝回答某些问题。访谈过程的非语言表达被及时记录,访谈结束后,研究者简要回顾讨论的内容并允许澄清。最终,整个访谈持续 21~54 min。

1.2.4 资料分析方法 访谈完成 24 h 内双人独立进行录音转录并仔细核对。对受访者进行匿名编号。基于二元疾病管理理论,运用主题分析法分析转录资料。双人仔细阅读转录文稿并对有意义的陈述进行初步编码;根据共同特征,将不同编码进一步整理成潜在主题。接着,研究者审查主题,必要时重新编码。团队定期召开会议,以进一步完善和报告与研究问题相关的主题。最后,将患者和配偶的内容进行比较,通过发现双方的异同加深理解。

2 结果

共提炼出个体内部特征、二元人际关系、社会支

持系统和社会文化环境 4 个主题和 11 个亚主题。

2.1 个体内部特征

2.1.1 信息不足导致疾病感知不一致 多数夫妻在疾病诊疗、化疗不良反应管理、病情控制和康复等层面存在信息缺失,夫妻间信息需求的差异导致对疾病严重性评估、症状归因和疾病进展的认知不一致,进而采取不同的应对方式。SC3:“这个女性的疾病,我作为男性确实不太清楚,癌嘛,能好到哪里去呢。”P3:“确诊后我还了解挺多的,我是早期不是很严重,配合治疗就行。”P6:“之前月经一直不太正常,我总想着快到更年期就没在意。”SC6:“她这个病就是工作太辛苦导致的,现在我不会让她奔波了。”

2.1.2 疾病不确定与恐惧感限制未来规划 夫妻双方均表现出对疾病的不确定与恐惧感,患者主要源于对肿瘤病因的不理解和对近期疗效的担忧,配偶更多源于对自身和家庭未来掌控感的丧失。双方立足当下与面向未来的不匹配限制了共同为不确定的未来作准备。P10:“医生说我得了癌症,当时我哭都没哭,懵了。我觉得自己身体一直都很好,平常生活习惯和胃口也好,我才 44 岁怎么就得癌症了呢?”SC1:“当我听到老伴生病后,心里还是很紧张,你也知道,这个病

随时可能复发。”

2.1.3 经济负担加重心理压力 癌症诊疗耗费家庭大量积蓄,夫妻又因疾病或照护责任减少工作,家庭经济雪上加霜,导致家庭内部在继续治疗和治疗方案选择上的压力加剧。SC1:“主要是经济困难,这个病是慢性病,因为要长期照顾她,我不能做事,没有经济收入。”P1:“生病后我有蛮多想法,其实我想放弃,我们是农民,挣钱不容易,我就怕没钱治疗了。”

2.2 二元人际关系

2.2.1 诊断前的夫妻互动模式影响支持应对 对于诊断前拥有相互信任关系的夫妻来说,更容易参与治疗的共享决策。SC4:“我们互相都很信任对方,本来我们都是很内向的人,没生病前也不是一点小事就马上沟通,所以这次治疗过程中的任何决定,我们都互相尊重,谁做主都可以。”有些夫妻习惯用行动表达关心,觉得做比说更重要。但当一方生病时,他们往往不会说安慰的话,让对方感觉缺少情感支持。SC3:“平常我都是在外边负责赚钱,大小事都是她做决定,我们很少商量。”P1:“他是挺好的一个人,就是话不多,所以生病后他做的比说的多,但有时候我更需要语言来温暖我。”

2.2.2 夫妻沟通需求差异制约压力沟通 尽管一些参与者承认疾病沟通的益处,但当双方沟通需求不一致时常导致沟通困境和冲突。通常男性配偶更倾向于隐藏情绪,刻意回避疾病相关话题以减轻患者负担,将其描述为“没必要”“没意思”和“心知肚明”。SC4:“至于强行聊病情,也没这个必要,挺没意思,我们就当生活中没这回事。”SC2:“我俩基本不沟通,因为大家心里都清楚这是绝症,她的抖音里都是关于各种癌症的消息。”而部分患者对配偶不沟通的行为表示困惑甚至不理解。P4:“他总是一声不吭,我根本不知道他的任何想法,这只会让我更胡思乱想。”P2:“在我生病期间,他总表现得很乐观,我也不知道是真是假,还是说为了安慰我故意装的。”一些夫妻通过调整沟通方式来满足彼此的需求,从而化解冲突。SC10:“她有时候可能心情不好,也不说原因,一个人坐在房间,我不会去打扰她,就让她静一静,或许还好一些。”

2.2.3 亲密关系变化导致消极应对 近一半(5/12)的患者由于手术治疗后生殖功能的改变而担忧亲密关系,患者通常回避与配偶的亲密行为,导致夫妻亲密度下降。当问及配偶时,5名配偶认为性生活不是当前的优先事项。P8:“我们婚后2年查出来的这个病,担心疾病治疗是一方面,我也怕影响我们俩的关系……我不会提这事儿。”SC8:“我能够理解,但现在最重要的是治病。”

2.3 社会支持系统

2.3.1 亲友支持缓解二元应对压力 亲朋好友经常直接给予患者经济和精神支持,增强了患者生存的勇气和决心。而配偶通常是间接获益者,亲朋好友对患

者和子女的接力照护使其获得短暂的喘息,缓解其多重角色的负担。P10:“娘家人生怕我没钱,每次打电话慰问我。”SC10:“亲戚有时也过来照顾一下她们娘俩,我也不至于那么辛苦了。”

2.3.2 同伴及工作环境支持增强共同应对信心 同伴为夫妻提供了大量疾病信息,病友间相互鼓励和帮助为夫妻带来希望,增加了共同应对的自我效能和信心。此外,对于仍处于在职状态的患者来说,工作单位给予的包容和理解增强了自我价值感和独立性。P1:“病友都跟我说让我努力地活着。”P10:“虽然生病后工作没那么顺利,状态不佳,经常请假。但公司对我提供了很大的支持和照顾,生病快3年了,基本工资和假期都有,老板对我很好。”

2.3.3 有限的医疗资源削弱二元应对能力 由于经济状况和医疗条件差异,前往大医院治疗的交通成本以及出院后延续护理困难,严重降低了夫妻就诊体验。SC5:“最大的困难就是我们到这里来治病不太方便,一趟花在路上的时间就不少,家里人也不方便过来轮换照顾,所以我就干脆把干了十几年的保安工作辞了。”P4:“有次我突然感觉伤口有点疼,我也不确定有没有问题,为这点事专门跑一趟也划不来,老伴他在上班,我也不想麻烦,就跟科室电话咨询了一下,但总感觉不放心。”

2.4 社会文化环境

2.4.1 社会规范和刻板印象 社会规范赋予家庭中男性和女性不同的社会责任和角色分工。男性常被赋予家庭顶梁柱和资源提供者的角色定位,这种固有观念增强配偶照顾动力的同时,也带来了身心负担。SC7:“我做到了一个男人应该做的事,所以我感到这一生没白活。”SC8:“刚结婚两年就遭遇那么大的家庭变故,我完全没有准备,所以压力很大,我怕我做得不好,不能给她足够的安全感,我也怕被旁人说。”而年轻女性因难以承担生养子女的责任感到愧疚,一些患者则努力康复以继续履行家庭承诺。P10:“我的儿子马上上初中,小女儿还很小,我现在自己都是个病人,根本就不能好好照顾他们,现在都是靠婆婆搭把手,我不知道这对他们有没有影响,说实话我也很愧疚。”此外,部分夫妻认为癌症是晦气,害怕街坊邻居和亲朋好友的“嘘寒问暖”,从而主动减少外界来往,刻意隐瞒病情,逐渐出现社会隔离感。P11:“生病后我也不好意思与别人来往,我怕被人嫌弃,你也知道得了癌症很晦气,与其被别人说,我干脆就不去串门。”SC5:“老婆生病后我也不想跟别人多说话,我很少出门,一天到晚都在家里。”

2.4.2 医疗文化强化二元应对信念 大型医疗机构技术的专业性、“以人为本”的服务理念给予了夫妻充分的信任感和安全感。P8:“我们很相信教授,全权听医生安排,不会过多想这些,我觉得信任一个人也很重要。”P1:“我的小姑娘说一定要去大医院治,那里的

医疗水平更让人放心,后来想想的确是这样的。”

3 讨论

3.1 提供信息支持,缓解夫妻心理压力 二元疾病管理理论^[11]指出,个体特征既能直接影响又能通过二元评估间接作用于二元疾病管理行为。本研究显示,夫妻疾病知识缺乏且信息需求存在差异,导致双方对疾病严重程度、症状归因和疾病进展的评估不一致。当夫妻双方对疾病感知不一致时,难以准确捕捉患者的护理需求,对疾病管理的重视程度降低,从而阻碍夫妻作为整体应对疾病^[14]。此外,夫妻由于疾病不确定和恐惧感、经济负担,承受着巨大的心理压力,与 Uslu-Sahan 等^[15]研究一致,这种未知和恐惧因信息缺乏而加剧。一方面,双方疾病不确定和恐惧感的不同来源限制了共同为不确定的未来作准备^[14];另一方面,经济负担较重的家庭治疗决策冲突越高,由此产生的不良情绪体验越多。因此,医护人员应同时评估夫妻双方的信息需求,掌握疾病不确定和恐惧感的具体成因。在初诊阶段提供疾病知识,提高二元疾病评估一致性水平;在治疗阶段提供治疗和经济援助信息,促进夫妻积极参与治疗;在康复阶段做好延续性护理,给予自我护理、社会参与等指导,全方位促进疾病应对。

3.2 倾听夫妻沟通需求,增进二元积极互动 本研究表明,诊断前后的二元互动模式能够影响二元应对,与相关研究结果^[16]类似。婚姻质量对癌症夫妻的应对能力产生强烈影响。夫妻如何评估关系质量与管理疾病的二元自我效能有关^[17]。信任作为关系质量的核心,当夫妻认为他们处于信任关系时,这能够在治疗过程中为双方提供稳定性和情感支持^[16]。其次,本研究夫妻展现了具有文化特征的关系互动形式,即减少沟通和隐藏情绪,而男性配偶尤为突出,他们将非语言支持视为保护对方的策略,与成香等^[18]研究结果一致。这可能与沟通模式的性别差异有关,女性倾向于以情绪为中心的应对策略,因此比男性配偶的自我表露水平更高^[19]。但当夫妻沟通需求不一致时,若为了保护对方而过度减少沟通反而会消耗更多的心理资本,特别是在情感支持和信息共享层面^[20]。因此,鼓励夫妻坦诚沟通的同时,主动倾听患者和配偶的沟通需求或许是医护人员加强二元关系更切实可行的思路。苏闪闪等^[21]开发的夫妻沟通技能培训囊括了情感表达、共同决策以及认真倾听,有效改善了夫妻疾病沟通和亲密关系。此外,亲密关系通常不是配偶照顾者的优先事项,但对患者易产生消极影响,与已有研究^[22]类似。因此,医护人员应与年轻女性就性问题展开对话,并通过实施情绪表露疗法等干预措施减轻患者心理压力,促进夫妻亲密关系。

3.3 加强多元化支持体系,促进夫妻疾病适应 社会支持系统是癌症夫妻应对的重要资源,包括亲友支

持、同伴及工作环境支持和医疗资源。本研究中,多数患者直接受益于亲友的经济和精神支持,而配偶通常是间接获得喘息机会,从而缓解委托应对下的多重角色压力。研究显示,配偶照顾者同样表达了对来自家庭和社会非正式支持的需求^[23]。提示医护人员在为患者提供支持性服务时,还要考虑照顾者负担的重要性。此外,同伴支持者因其共同的经历能更好地理解患者,传递疾病相关信息,从而有助于患者理解疾病经历,获得希望和信心。但作为一种非专业支持,部分同伴支持者害怕说错而将患者带入更加痛苦的境地。因此,护士联合同伴的心理支持形式或许更益于满足信息需求和治疗准备^[24]。而对年轻患者而言,在初步治疗后重返岗位仍具有诸多挑战,如疲乏、难集中注意力和缺乏信心。因此,来自工作场所的包容和理解有利于患者重返工作岗位,从而建立生活新常态并获得自我成就感^[25]。此外,参与者描述了交通问题是诊疗过程的重要挑战。建议开展基于网络的二元应对干预以打破时间和空间的限制,能够较好地解决癌症幸存者及照顾者的支持性护理需求^[26]。

3.4 充分发挥文化环境的积极作用,增强二元应对信念 在社会文化层面,本研究男性配偶认为照顾妻子是其责无旁贷的责任,这可能与男子气概有关^[3]。传统观念中,男性常被赋予家庭顶梁柱和资源提供者的角色定位,男性配偶由于男子气概而愿意承担更多的照护责任并克服照护困难。另一方面,“男主外,女主内”的劳动分工赋予了女性操持家务、照顾子女和老人等责任,而妻子患病后,男性配偶通常对这部分工作准备不足。因此,夫妻双方会因未能满足文化期望而感到挫败或内疚。其次,在我国文化中癌症被视为“晦气”,夫妻害怕给他人带来厄运而主动减少与外界的接触,而患者也因性、生育和身体意象的变化质疑自我价值、夫妻关系和社会地位。因此,医护人员要建立夫妻对疾病的正确认知,承认和接受疾病带给个人、家庭的变化。在医疗文化层面,访谈发现专业的医疗技术和“以患者为中心”的医疗文化理念能够让夫妻产生被支持和关心的积极体验,增强了应对信心。这提示除了要专注提高医院的医疗水平外,医护人员还要提升自身的人文关怀意识,树立“以患者为中心”的服务理念^[27]。

4 结论

本研究基于二元疾病管理理论对中青年妇科恶性肿瘤患者及配偶进行深入访谈,提炼出个体内部特征、二元人际关系、社会支持系统和社会文化环境4个主题。医护人员可基于此多维度评估可能存在二元应对能力不足的高风险夫妻,通过评估夫妻的应对资源有助于识别哪些人更可能受益于二元应对干预,从而增强干预实施的针对性。同时提供信息支持以减轻心理压力,倾听沟通需求以保持积极互动,并根

据文化规范适当激活社会支持系统。然而,本研究样本仅来自一所医院,以病程较短和早期患者为主,且聚焦夫妻二元关系。建议未来纳入多样化人群,深入探讨患者与其他照顾者类型的二元应对影响因素。

参考文献:

- [1] Sung H, Ferlay J, Siegel R L, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. *CA Cancer J Clin*, 2021, 71(3):209-249.
- [2] Huang Z, Zheng Y, Wen W, et al. Incidence and mortality of gynaecological cancers: secular trends in urban Shanghai, China over 40 years[J]. *Eur J Cancer*, 2016, 63:1-10.
- [3] Oldertroen Solli K, De Boer M, Nyheim Solbraekke K, et al. Male partners' experiences of caregiving for women with cervical cancer: a qualitative study[J]. *J Clin Nurs*, 2019, 28(5-6):987-996.
- [4] Roland K B, Rodriguez J L, Patterson J R, et al. A literature review of the social and psychological needs of ovarian cancer survivors[J]. *Psychooncology*, 2013, 22(11):2408-2418.
- [5] Bodenmann G, Pihet S, Kayser K. The relationship between dyadic coping and marital quality: a 2-year longitudinal study[J]. *J Fam Psychol*, 2006, 20(3):485-493.
- [6] 段素伟,乔凌芳,张爱萍,等.二元应对干预对乳腺癌术后患者及配偶的影响[J]. *护理学杂志*, 2022, 37(4):71-74.
- [7] Shang M, Cai T, Meng Y, et al. Dyadic coping in young and middle-aged women with gynecological cancer: a latent class analysis[J]. *Support Care Cancer*, 2022, 31(1):47.
- [8] 黎金英,吴露萍.慢性心力衰竭患者及其配偶二元应对模式的影响因素与运动恐惧的效应分析[J]. *当代医药论丛*, 2025, 23(1):146-149.
- [9] 罗璐,谭艳,樊溶榕,等.年轻乳腺癌患者配偶二元应对现状及影响因素研究[J]. *实用预防医学*, 2021, 28(5):608-611.
- [10] Weitkamp K, Bodenmann G. Couples coping together: a scoping review of the quantitative and qualitative evidence and conceptual work across three decades[J]. *Front Psychol*, 2022, 13:876455.
- [11] Lyons K S, Lee C S. The theory of dyadic illness management[J]. *J Fam Nurs*, 2018, 24(1):8-28.
- [12] Deng X, Liu Q, Geng L, et al. Dyadic coping, resilience, and quality of life in young and middle-aged couples after gynecologic cancer: an actor-partner interdependence mediation model[J]. *Eur J Oncol Nurs*, 2024, 70:102601.
- [13] Xu F, Hilpert P, Randall A K, et al. Validation of the Dyadic Coping Inventory with Chinese couples: Factorial structure, measurement invariance, and construct validity[J]. *Psychol Assess*, 2016, 28(8):e127-140.
- [14] Xiong C, Li P W C, Yu D S F, et al. How the dyads of heart failure patients and their informal caregivers cope with the disease process: a qualitative evidence synthesis[J]. *Int J Nurs Stud*, 2025, 167:105065.
- [15] Uslu-Sahan F, Terzioglu F, Koc G. Hopelessness, death anxiety, and social support of hospitalized patients with gynecologic cancer and their caregivers[J]. *Cancer Nurs*, 2019, 42(5):373-380.
- [16] Morgan M A. Considering the patient-partner relationship in cancer care: coping strategies for couples[J]. *Clin J Oncol Nurs*, 2009, 13(1):65-72.
- [17] Brosseau D C, Peláez S, Ananng B, et al. Obstacles and facilitators of cancer-related dyadic efficacy experienced by couples coping with non-metastatic cancers[J]. *Front Psychol*, 2023, 14:949443.
- [18] 成香,杜若飞,周会月,等.结直肠癌造口患者夫妻疾病沟通体验的质性研究[J]. *中华护理杂志*, 2021, 56(5):721-726.
- [19] Song Y Y, Liu H, Wang S, et al. Dyadic effects of rumination and self-disclosure on posttraumatic growth in newly diagnosed gynecological cancer couples: an actor-partner interdependence modeling approach[J]. *Support Care Cancer*, 2022, 30(6):5167-5174.
- [20] Li Q, Lin Y, Chen Y, et al. Mutual support and challenges among chinese couples living with colorectal cancer: a qualitative study[J]. *Cancer Nurs*, 2018, 41(5):E50-E60.
- [21] 苏闪闪,郑蔚,刘梦丽,等.夫妻沟通技能培训在晚期胃癌患者及其配偶中的应用[J]. *解放军护理杂志*, 2022, 39(4):14-17.
- [22] Myers Virtue S, Manne S L, Ozga M, et al. Cancer-related concerns among women with a new diagnosis of gynecological cancer: an exploration of age group differences[J]. *Int J Gynecol Cancer*, 2014, 24(1):165-171.
- [23] Ge X, Tong H, Song Y, et al. The caring experience and supportive care needs of male partners for women with gynaecologic cancer: a qualitative literature review[J]. *J Clin Nurs*, 2020, 29(23-24):4469-4481.
- [24] Scho P, Gough K, Pascoe M, et al. A nurse- and peer-led psycho-educational intervention to support women with gynaecological cancers receiving curative radiotherapy: the PeNTAGOn randomised controlled trial-ANZGOG 1102[J]. *Gynecol Oncol*, 2020, 159(3):785-793.
- [25] Su X Q, Sang H H, Kuai B X, et al. Experiences of cancer survivors returning to work decision-making: a meta-synthesis of qualitative studies[J]. *J Cancer Surviv*, 2025, 19(3):1043-1058.
- [26] Chen M, Gong J, Li Q. The application of eHealth in cancer survivorship care: a review of web-based dyadic interventions for post-treatment cancer survivors and caregivers[J]. *Asia Pac J Oncol Nurs*, 2022, 9(10):100109.
- [27] 吴红艳,谢红珍,刘义兰,等.27个省份护士人文关怀知行行的多中心调查研究[J]. *中华护理杂志*, 2023, 58(19):2387-2394.