

癌症患者心理危机现状及影响因素分析

刘书慧^{1,2}, 胡德英¹, 何春燕², 谭蓉¹, 平芷姮²

摘要:目的 了解癌症患者心理危机现状并探讨其影响因素,为临床开展癌症患者心理危机干预提供参考。方法 采用便利抽样法,于 2024 年 9 月至 2025 年 3 月选取 239 例癌症患者为调查对象,采用一般资料调查表、危机评估量表、Herth 希望指数、领悟社会支持量表、自我感受负担量表、疾病不确定感量表进行调查,通过单因素分析和多元线性回归分析探究癌症患者心理危机水平的影响因素。结果 癌症患者心理危机得分为 (13.02 ± 4.37) 分,心理危机发生率为 53.97%。多元线性回归分析结果显示,确诊时间、是否转移、领悟社会支持、希望是癌症患者心理危机的影响因素(均 $P < 0.05$),共解释心理危机 45.6% 的变异。结论 癌症患者心理危机处于中度水平,医护人员应重点关注确诊时间 < 3 个月、发生转移、领悟社会支持水平低、希望水平低的癌症患者,准确评估患者心理危机水平,并及时实施针对性的心理危机干预措施。

关键词:癌症; 心理危机; 领悟社会支持; 希望; 自我感受负担; 疾病不确定感; 心理护理

中图分类号:R473.73 DOI:10.3870/j.issn.1001-4152.2026.01.103

Psychological crisis and its influencing factors among cancer patients Liu Shuhui, Hu

Deying, He Chunyan, Tan Rong, Ping Zhiheng. Department of Nursing, Union Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430022, China

Abstract: **Objective** To understand the current status of psychological crisis in cancer patients, and to analyze its influencing factors, so as to provide a reference for the clinical implementation of psychological crisis intervention for cancer patients. **Methods** A convenience sampling method was employed to select 239 cancer patients from September 2024 to March 2025, then they were surveyed by using a general information questionnaire, the Triage Assessment Form (TAF), the Herth Hope Index (HHI), the Perceived Social Support Scale (PSSS), the Self-perceived Burden Scale (SPBS), and the Mishel Uncertainty in Illness Scale for Adults (MUIS-A). Univariate and multivariate analysis were applied to explore the influencing factors of psychological crisis in cancer patients. **Results** The participants' psychological crisis score was (13.02 ± 4.37) , and the incidence of psychological crisis was 53.97%. Multivariate linear regression analysis showed that, diagnosis time, presence of metastasis, the score of PSSS and HHI were the influencing factors of psychological crisis (all $P < 0.05$), which explained 45.6% of the total variation. **Conclusion** Psychological crisis in cancer patients is at a moderate level. Medical staff should focus on cancer patients with a diagnosis time of < 3 months, presence of metastasis, low level of perceived social support and hope, accurately assess their psychological crisis level, and implement targeted psychological crisis intervention in time.

Keywords: cancer; psychological crisis; perceived social support; hope; self-perceived burden; uncertainty in illness; mental nursing

癌症一直是公认的世界难题,预计到 2040 年全球癌症患者将增加至 2 840 万例,较 2020 年增长 47.0%^[1]。2022 年,中国恶性肿瘤新发病例估计为 482.47 万^[2]。癌症死亡人数占居民总死亡人数的近 1/4^[3]。研究表明,心理因素与化学、物理、致癌病毒感染及遗传因素一样,是肿瘤发生的关键诱因之一,并持续影响患者的整个病程^[4]。心理危机是指当遭遇突然或重大的应激事件时,个体运用常规处理问题的方法无法解决而出现的暂时心理失衡状态^[5]。个体的心理危机症状并不是一种单一的状态,而是表现为焦虑、抑郁等情绪症状或认知、生理、行为症状等的综合^[6]。

癌症本身对患者来说就是一个重大应激源,其病死率高、治疗不良反应大、治疗费用高等会导致患者出现不同程度的消极、悲观、恐惧等心理危机表现,癌症患者是心理危高危群体^[7]。心理危机的持续存在会降低患者对治疗及康复的信心,影响整体治疗效果,部分心理危机严重的患者出现放弃治疗,甚至产生自伤自杀的行为^[8]。因此,对癌症患者进行心理危机调查至关重要,然而目前尚缺乏相关研究。本研究探究癌症患者心理危机现状并对其影响因素进行分析,从而为构建针对性心理危机干预系统,改善心理危机,提高治疗效果及生活质量提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 采用便利抽样法,选取 2024 年 9 月至 2025 年 3 月我院肿瘤中心住院的癌症患者为调查对象。纳入标准:①经病理或细胞学检查诊断为恶性肿瘤;②年龄 ≥ 18 岁;③知晓疾病诊断;④意识清楚,同意且自愿参加研究。排除标准:①患有精神疾病或智

作者单位:1. 华中科技大学同济医学院附属协和医院护理部(湖北 武汉,430022);2. 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
刘书慧:女,硕士在读,学生, 1169704047@qq.com
科研项目:湖北省自然科学基金一般面上项目(2025AFB584)
收稿:2025-08-10;修回:2025-10-12

力障碍;②有严重听力或语言障碍。本研究通过查阅文献共纳入 15 个自变量,样本量取自变量的 10~20 倍,考虑 20% 无效问卷,计算所需样本量为 188~375。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,伦理编号:[2024]伦审字(S200)号。

1.2 调查工具

1.2.1 一般资料调查表 由研究者查阅相关文献并与课题组成员讨论后设计,包括一般人口学资料和疾病相关资料。①一般人口学资料包括年龄、性别、婚姻状况、文化程度、居住地、医疗付费方式、家庭人均月收入;②疾病相关资料包括癌症分期、确诊时间、是否转移。

1.2.2 危机评估量表(Triage Assessment Form, TAF) 由 Myer 等^[9]设计,用以快速评估个体在危机情境下功能受损程度。量表包括情感、认知、行为 3 个维度。对 3 个维度进行 1~10 分量化评分,1 表示“无受损”,10 表示“严重受损”。3 个维度得分相加得出总体严重程度评分。总分 3~30 分,评分越高,表示个体受损越严重。以 ≥ 13 分为存在心理危机;3~12 分为轻度心理危机,无需过多指导;13~23 分为中度心理危机,需提供适当帮助与指导;24~30 分为重度心理危机,需全面介入指导。本研究中该量表 Cronbach's α 系数为 0.890。

1.2.3 Herth 希望指数(Herth Hope Index, HHI)

由 Herth^[10]编制,赵海平等^[11]汉化,包括对现实和未来的积极态度(4 个条目)、采取积极的行动(4 个条目)、与他人保持亲密关系(4 个条目),共 3 个维度 12 个条目。各条目采用 4 级评分,1~4 分分别代表“非常反对”至“非常同意”,总分 12~48 分,希望水平随分数升高而提升。12~23 分属低等水平,24~35 分属中等水平,36~48 分属高等水平。本研究中该量表 Cronbach's α 系数为 0.874。

1.2.4 领悟社会支持量表(Perceived Social Support Scale, PSSS) 由 Zimet 等^[12]编制,黄丽等^[13]汉化修订。包括家庭支持(4 个条目)、朋友支持(4 个条目)和他人支持(4 个条目),共 3 个维度 12 个条目。各条目采用 Likert 7 级评分,1~7 分分别对应“极不同意”至“极同意”,总分 12~84 分,分越高表示个体领悟社会支持水平越高。总分 12~36 为低支持水平,37~60 分为中等支持水平,61~84 分为高支持水平。本研究中该量表的 Cronbach's α 系数为 0.900。

1.2.5 自我感受负担量表(Self-perceived Burden Scale, SPBS) 由 Cousineau 等^[14]编制,张庆娜^[15]汉化并修订。该量表包括身体负担(5 个条目)、经济负担(1 个条目)、情感负担(4 个条目),共 3 个维度 10 个条目。各条目采用 Likert 5 级评分法,1~5 分分别代表“从不”至“总是”,第 8 条采取反向计分。总分 10~50 分,得分越高表示自我感受负担越重。其中,总分 < 20 分为没有明显感受负担,20~ < 29 分为轻度感受

负担,30~ < 39 分为中度感受负担, ≥ 40 分为重度感受负担。本研究中该量表 Cronbach's α 系数为 0.864。

1.2.6 疾病不确定感量表(Mishel Uncertainty in Illness Scale for Adults, MUIS-A) 由 Mishel^[16]编制,叶增杰等^[17]汉化修订。该量表包括模糊(8 个条目)、缺乏澄清(7 个条目)、不可预测(5 个条目),共 3 个维度 20 个条目。各条目采用 Likert 5 级评分法,1~5 分分别代表“完全不同意”至“完全同意”,条目 5、6、7、16、19 正向计分,其余条目反向计分。总分 20~100 分,分越高代表疾病不确定感水平越高。本研究中该量表的 Cronbach's α 系数为 0.889。

1.3 资料收集与质量控制方法 本研究采取电子问卷和纸质版问卷进行调查。取得护理部主任同意后,研究员在病房向调查对象充分告知研究目的、意义、问卷填写方法,并重点说明隐私保护与数据保密措施。调查对象签署知情同意书后,发放纸质问卷或指导其通过手机扫描二维码填写。对无法独立完成问卷填写的患者,可由研究员口头询问问题并记录答案。在问卷填写过程中,调查对象如有疑问及时进行解释说明。填写完成后,当场回收问卷并仔细检查填写内容,填写纸质问卷者,若有漏项、缺项提醒患者补充完整,填写电子问卷者则无法提交,对于有疑问处当场核对并详细记录,提高回收问卷的质量与有效性。本研究共回收问卷 245 份,有效问卷 239 份,有效回收率 97.55%。

1.4 统计学方法 采用 Excel 软件双人核对录入数据,SPSS29.0 软件进行统计分析。计数资料采用频数、百分比表示;服从正态分布的计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示。行 t 检验、方差分析、Pearson 相关性分析和多元线性回归分析。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 调查对象一般资料 239 例癌症患者,男 83 例,女 156 例;年龄 24~76(52.79 ± 10.15)岁。未婚 5 例,已婚 221 例,离异 7 例,丧偶 6 例;文化程度为小学及以下 35 例,初中 75 例,高中及中专 67 例,大专及以上学历 62 例;居住地在农村 58 例,城镇 49 例,城市 132 例;癌症分期 I 期 3 例,II 期 103 例,III 期 71 例,IV 期 62 例。

2.2 癌症患者心理危机、希望、领悟社会支持、自我感受负担、疾病不确定感得分 本研究癌症患者心理危机发生率为 53.97%(129/239)。癌症患者心理危机总分为(13.02 ± 4.37)分,情感、认知和行为维度得分分别为(4.32 ± 1.70)、(4.23 ± 1.62)、(4.46 ± 1.50)分。癌症患者希望、领悟社会支持、自我感受负担、疾病不确定感得分见表 1。

2.3 癌症患者心理危机得分的单因素分析 不同年龄、性别、婚姻状况、文化程度、居住地、癌症分期的癌

症患者心理危机得分比较,差异无统计学意义(均 $P>0.05$),差异有统计学意义的项目,见表 2。

表 1 癌症患者希望、领悟社会支持、自我感受负担、疾病不确定感得分

项 目	总分	条目均分
希望	33.78±4.39	2.82±0.36
对现实和未来的积极态度	10.56±1.95	2.64±0.49
采取积极的行动	11.71±1.38	2.93±0.35
与他人保持亲密关系	11.50±1.53	2.87±0.38
领悟社会支持	54.38±9.55	4.53±0.79
家庭支持	22.39±2.50	5.59±0.63
朋友支持	14.13±5.19	3.53±1.29
他人支持	18.69±4.03	4.67±1.01
自我感受负担	23.28±6.33	2.33±0.63
身体负担	12.54±2.71	2.51±0.54
经济负担	2.81±1.40	2.81±1.40
情感负担	7.92±3.08	1.98±0.77
疾病不确定感	56.48±9.07	2.82±0.45
模糊	22.70±3.75	2.84±0.47
缺乏澄清	18.69±3.35	2.67±0.48
不可预测	15.09±2.87	3.02±0.57

表 2 癌症患者心理危机得分的单因素分析

项 目	例数	心理危机得分 ($\bar{x}\pm s$)	t/F	P
医疗支付方式			4.158	0.017
医保	210	13.32±4.31		
商业险	17	10.71±4.41		
自费	12	11.08±4.23		
家庭人均月收入(元)			4.353	0.005
<1 000	16	14.31±5.13		
1 000~<3 000	93	13.87±3.58		
3 000~5 000	76	12.87±4.71		
>5 000	54	11.39±4.50		
确诊时间(月)			10.242	<0.001
<3	108	14.54±4.17		
3~<6	46	11.57±3.76		
6~12	29	10.62±3.66		
>12	56	12.54±4.58		
转移			2.070	0.039
是	95	13.74±4.48		
否	144	12.55±4.24		

2.4 癌症患者心理危机总分及各维度得分与希望指数、领悟社会支持、自我感受负担、疾病不确定感的相关系数 见表 3。

表 3 癌症患者心理危机总分及各维度得分与希望指数、领悟社会支持、自我感受负担、疾病不确定感的相关系数

项 目	心理危机	情感	认知	行为
疾病不确定感	0.436	0.393	0.379	0.416
领悟社会支持	-0.471	-0.475	-0.403	-0.400
自我感受负担	0.181	0.129	0.161	0.207
希望	-0.610	-0.611	-0.566	-0.474

注:均 $P<0.05$ 。

2.5 癌症患者心理危机影响因素的多元线性回归分析 将癌症患者心理危机得分作为因变量,以单因素

分析及相关性分析中差异有统计学意义的变量为自变量进行多元逐步线性回归分析($\alpha_{\text{入}}=0.05$, $\alpha_{\text{出}}=0.10$)。研究结果显示,确诊时间(<3 个月=0,3~<6 个月=1,6~12 个月=2,>12 个月=3)、转移(是=0,否=1)、领悟社会支持(原值输入)、希望(原值输入)是癌症患者心理危机的影响因素,可以解释心理危机得分变异程度的 45.6%。见表 4。

表 4 癌症患者心理危机的多元线性回归分析($n=239$)

项目	β	SE	β'	t	P	VIF
常量	37.069	1.780		20.822	<0.001	
确诊时间	-0.808	0.192	-0.226	-4.208	<0.001	1.264
是否转移	-1.230	0.489	-0.138	-2.513	0.013	1.317
领悟社会支持	-0.121	0.028	-0.264	-4.254	<0.001	1.688
希望	-0.408	0.061	-0.410	-6.719	<0.001	1.626

注: $R^2=0.465$,调整 $R^2=0.456$; $F=50.834$, $P<0.001$ 。Durbin-Watson 值=1.825。

3 讨论

3.1 癌症患者心理危机处于中度水平 本研究结果显示,癌症患者心理危机总分为(13.02±4.37)分,表明癌症患者心理危机处于中度水平,具有部分能动性但需要进行适当的帮助与指导。该结果低于既往研究对肝癌患者心理危机的调查得分^[18],分析原因可能是本研究中调查对象病种较为广泛,并未局限于肝癌患者这一群体。且近年来医疗科技水平飞速发展,癌症治疗手段的丰富、新药的研发、疗效不断提高,使癌症不再等同于以往患者认知中的“绝症”,生命周期的延长与生活质量的提高使癌症患者心理危机水平普遍有所降低。此外,随着医学模式的转变,癌症患者的心理状态已成为医疗团队关注的重要领域,通过评估工具、多学科协作和社会资源整合等,已形成了身心同治的规范化路径^[19],在一定程度上也减轻了癌症患者心理危机的程度。尽管如此,癌症患者的心理危机是生理-心理-社会因素交织的复杂现象,该群体仍为心理危机的高发人群。因此,医护人员应重视患者的身心状况,及时评估并对有需要的患者进行针对性的心理危机干预,帮助其更好地应对患癌这一重大负性生活事件,避免自伤自杀等不良心理危机行为的发生。

3.2 癌症患者心理危机受多种因素影响

3.2.1 确诊时间越短的癌症患者心理危机越高 本研究结果显示,癌症确诊时间越短的患者心理危机水平越高。患者确诊后的前 3 个月心理危机反应最为剧烈,随后随时间推移逐渐缓解。有研究显示,80% 癌症患者在确诊 6 个月后开始出现适应性调整^[20]。确诊癌症对绝大部分患者来说属于重大负性生活事件,患者面临突如其来的打击,其情感、认知、行为都将产生急性应激反应^[21]。此外,患者在短时间内需要面对大量的医疗信息,治疗方案的选择以及预后的不确定性,都将加剧患者的心理压力。因此,确诊 3

个月以内的患者心理危机反应最为剧烈,而随着时间的推移,患者对疾病的了解加深并逐渐接受患病事实,建立起足够的支持网络,调整生活目标和期望,心理状态趋于稳定,心理危机反应也逐渐缓和。医护人员在临床工作中应对确诊时间未满3个月的患者心理状态予以重点关注,提供必要的心理支持,对有需要的患者及时进行心理危机干预。

3.2.2 有转移的癌症患者心理危机程度更高 本研究显示,有癌症转移的患者心理危机水平较未转移患者高。癌症转移患者的心理危机本质上是对生命连续性威胁的多维度应激反应。有研究表明,已发生肿瘤转移的患者较未转移时会遭遇更多应激源及产生更严重的负性情绪^[22],与本研究癌症转移患者的心理危机情感维度受损结果一致。分析原因可能是肿瘤转移与患者病情严重程度有关,患者意识到癌症转移后,疾病治愈可能性大幅降低,治疗难度更大,且身体机能的快速衰退让患者感到对生命掌控力的迅速丧失。生存期缩短的威胁直接触发患者对死亡的强烈恐惧,对未来的不确定性,生存期的担忧等都可能加剧患者心理危机水平^[23]。因此护理人员要密切关注患者的病情变化,根据患者身心状况制订针对性护理计划,提升其生活质量并延长生存时间。

3.2.3 领悟社会支持得分越高的癌症患者心理危机程度越低 领悟社会支持是指个体主观意识层面中对各种不同社会关系获得支持感的总和。研究表明,领悟社会支持是癌症患者心理危机的主要影响因素之一,领悟社会支持越高的患者心理危机水平越低。患者从确诊疾病起便承受着巨大的身心痛苦,但身体状况、疾病治疗、文化认知等原因可能导致患者主动回避社交,造成社会支持不足。有研究表明,社会支持与负性情绪呈显著负相关^[24],客观支持可显著降低患者的焦虑和抑郁水平,提高患者生活质量,属于心理危机的保护性因素^[25]。构建多层次支持网络能更好地帮助患者突破疾病桎梏,实现身心健康与生活意义的重建。因此医护人员应重点关注社会支持水平低的患者,根据患者实际情况指导患者主动寻求多元化支持,积极引导患者调动身边可利用的一切社会资源,帮助患者渡过心理危机难关。

3.2.4 希望水平越高的癌症患者心理危机程度越低 希望作为一种内在的心理资源,具有持续激发生命正向潜能的作用,是癌症患者应对疾病挑战、提升生存韧性的关键内在动力^[26]。本研究结果显示,希望水平越高的癌症患者心理危机程度越低。有研究表明,高水平的希望可降低患者不良情绪^[27],提高其治疗依从性与生活质量,减少患者自杀率。因此,采取有效措施提高患者希望水平,可以帮助患者更好地应对疾病,并降低他们的内心痛苦和心理危机水平^[28]。医护人员应加强与患者的沟通,在合理范围内促进积极希望,提高患者信心的同时缓冲心理危机所带来的

情感、认知与行为方面的不良后果。

3.2.5 其他因素 本研究的单因素分析结果显示,医疗付费方式、家庭人均月收入、疾病不确定感、自我感受负担也属于癌症患者心理危机的影响因素,却未能进入回归方程。可能因为本研究调查对象来自于武汉同一所医院,患者有相似经济背景,经济相关变量缺乏统计预测力。在该特殊群体中,可能相对于客观病情与心理资源,自我感受负担和疾病不确定感对心理危机的直接驱动作用较小,可能通过影响其他变量间接影响心理危机。未来研究可扩大样本量,纳入更多地区和不同背景的癌症患者,深入探讨自我感受负担和疾病不确定感对心理危机的直接和间接作用机制,以更全面地揭示这些因素在癌症患者心理危机中的影响路径。

4 结论

本研究结果显示,癌症患者心理危机处于中度水平,确诊时间、是否转移、希望水平、领悟社会支持是癌症患者心理危机水平的影响因素。医护人员在实践中可将癌症患者心理危机的影响因素作为参考,制订针对性心理危机干预措施,以缓解心理危机给患者带来的不良影响。本研究纳入样本数量有限,且来自同一所三甲医院,样本代表性有限;仅通过量性研究,今后可采用质性研究对癌症患者开展半结构式访谈,深入探索癌症患者心理危机的促进因素和障碍因素。

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] 郑荣寿,陈茹,韩冰峰,等. 2022 年中国恶性肿瘤流行情况分析[J]. 中华肿瘤杂志, 2024, 46(3): 221-231.
- [3] Wang Y, Yan Q, Fan C, et al. Overview and countermeasures of cancer burden in China[J]. Sci China Life Sci, 2023, 66(11): 2515-2526.
- [4] Baltrusch H J, Stangel W, Waltz M E. Cancer from the biobehavioral perspective: the type C pattern[J]. Act Nerv Super (Praha), 1988, 30(1): 18-21.
- [5] 吕君,沈谢冬. 成批创伤性窒息患者心理危机及护理干预[J]. 护理学杂志, 2018, 33(6): 81-83.
- [6] 王新波,姚力,赵小杰,等. 儿童青少年心理危机评估综合定级体系的构建[J]. 北京师范大学学报(自然科学版), 2021, 57(4): 458-465.
- [7] Götze H, Friedrich M, Taubenheim S, et al. Depression and anxiety in long-term survivors 5 and 10 years after cancer diagnosis[J]. Support Care Cancer, 2020, 28(1): 211-220.
- [8] 吴明娥,胡德英,丁小萍,等. 中国住院癌症患者自杀意念发生率 Meta 分析[J]. 护理学杂志, 2021, 36(12): 94-97.
- [9] Myer R A, Williams R C, Ottens A J, et al. Crisis assessment: a three-dimensional model for triage[J]. J Ment Health Couns, 1992, 14(2): 137-148.

[10] Herth K. Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation[J]. J Adv Nurs, 1992,17(10):1251-1259.

[11] 赵海平,王健. 血液透析患者的社会支持和希望[J]. 中华护理杂志,2000,35(5):306-308.

[12] Zimet G D, Powell S S, Farley G K, et al. Psychometric characteristics of the multidimensional scale of Perceived Social Support[J]. J Pers Assess, 1990, 55(3-4): 610-617.

[13] 黄丽,姜乾金,任蔚红. 应对方式、社会支持与癌症病人心身症状的相关性研究[J]. 中国心理卫生杂志,1996,10(4):160-161.

[14] Cousineau N, McDowell I, Hotz S, et al. Measuring chronic patients' feelings of being a burden to their caregivers: development and preliminary validation of a scale[J]. Med Care,2003,41(1):110-118.

[15] 张庆娜. 癌症患者自我感受负担的测量工具评价及影响因素研究[D]. 合肥:安徽医科大学,2013.

[16] Mishel M H. The measurement of uncertainty in illness[J]. Nurs Res,1981,30(5):258-263.

[17] 叶增杰,余颖,梁木子,等. 中文版 Mishel 疾病不确定感量表的重新修订及其在中国恶性肿瘤患者中的信效度检验[J]. 中国全科医学,2018,21(9):1091-1097.

[18] 马艳玲. 原发性肝癌介入术后患者心理危机与生活质量的关联性分析[D]. 哈尔滨:黑龙江中医药大学,2013.

[19] 姜丽梅,李丹丹,牛晨霞. 生物-心理-社会医学模式在乳腺癌患者放疗期间的应用[J]. 国际护理学杂志,2024,43(23):4318-4321.

[20] Karczmarek-Borowska B, Tobiasz M, Bukala A. Acceptance of the disease in patients with lung cancer[J]. Pol Merkur Lekarski,2016,40(236):89-93.

[21] 冉倬睿,孙睿歆,贾婧怡,等. 癌症患者人生目标调整能力及其对身心健康影响的研究新进展[J]. 中国全科医学,2024,27(23):2822-2828.

[22] 陈艳红. 乳腺癌转移患者负性情绪与情绪调节策略关系的研究[D]. 济南:山东大学,2021.

[23] 何玉峰,孙婷,胡林燕,等. 乳腺癌患者社会、心理因素与癌症复发恐惧感的关系[J]. 国际精神病学杂志,2024,51(6):1877-1879.

[24] Aydın Sayılan A, Demir Doğan M. Illness perception, perceived social support and quality of life in patients with diagnosis of cancer[J]. Eur J Cancer Care (Engl),2020,29(4):e13252.

[25] 彭帆,韩立敏. 心理危机的保护性因素研究进展(综述)[J]. 中国健康心理学杂志,2023,31(3):326-330.

[26] Dos Santos A C M, Farias K F de. Hope is a crucial factor for patients facing cancer treatment[J]. Evid Based Nurs,2022,25(1):33.

[27] Broadhurst K, Harrington A. A mixed method thematic review;the importance of hope to the dying patient[J]. J Adv Nurs,2016,72(1):18-32.

[28] Butt C M. Hope in adults with cancer;state of the science[J]. Oncol Nurs Forum,2011,38(5):E341-E350.

(本文编辑 韩燕红)

(上接第 76 页)

[5] 袁雯,周霄云,张雅丽. 中医护理技术对冠心病患者心理状况、生活质量及睡眠质量的影响[J]. 中华全科医学, 2020,18(1):150.

[6] 国家卫生健康委员会. 国家卫生健康委关于印发《全国护理事业发展规划(2021—2025 年)》的通知[EB/OL]. (2022-04-29)[2025-06-24]. <https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202205/5c2dc667011449428655582e19a6c9bd.shtml>.

[7] 韩晶,冒鑫娥,郭晓娟. 健康信息素养、感知效益和感知风险对老年居民中医护理技术使用意愿的影响[J]. 实用临床医药杂志,2024,28(2):109-113.

[8] Wang Y Y, Gu Y F, Yu H P. Correlation between patients power distance and their willingness to participate in patients' safety:a cross-sectional study[J]. J Nurs Manage,2022,30(5):1345-1354.

[9] Grimes T. Is it time for greater patient involvement to enhance transitional medication safety? [J]. BMJ Qual Saf, 2022,31(4):247-250.

[10] 倪平,陈京立,刘娜. 护理研究中量性研究的样本量估计[J]. 中华护理杂志,2010,45(4):378-380.

[11] 洪雪珮,庞书勤,陈锦秀,等. 社区中老年居民对中医护理技术接受情况调查[J]. 中华护理教育,2021,18(7):650-654.

[12] 王吟雨,俞海萍,顾艳芬,等. 病人权力距离量表的编制与信效度检验[J]. 护理研究,2022,36(11):1937-1944.

[13] 张丽丹,邬思繁. 老年人中医适宜技术接受现状及其影响因素[J]. 中医药管理杂志,2024,32(24):36-38.

[14] Corwin E J, Brewster G, Dunbar S B, et al. The metabolic underpinnings of symptom burden in patients with multiple chronic conditions[J]. Biol Res Nurs,2021,23(2):270-279.

[15] 沈蓝君,夏露,程云. 老年日间手术患者延续护理需求现状及影响因素研究[J]. 中华护理杂志,2022,57(21):2622-2628.

[16] 叶越仙,杨梅,吴小娟,等. 基于县域医共体模式下的基层中医护理适宜技术推广应用[J]. 中国乡村医药,2024,31(5):47-49.

[17] Ghosh S, Choi W Y, Williams A, et al. Burden on caregivers of adultswith multiple chronic conditions:intersectionality of age, gender, education level, employment status, and impact on social life[J]. Can J Aging,2020, 39(3):456-467.

[18] 张晓兰,徐妍,叶梦华,等. 老年慢性病患者居家中医护理技术需求预测[J]. 中国护理管理,2024,24(9):1292-1298.

[19] 刘贵竹,曾梦琴,陈澜玲,等. 权力距离在老年慢性病患者健康素养和参与用药安全行为间的中介作用[J]. 护理学杂志,2024,39(8):107-110.

[20] Arrindell W A. Culture' s consequences: comparing values, behaviors, institutions and organizations across nations[J]. Behav Res Ther,2003,41(7):861-862.

(本文编辑 韩燕红)