

成人癌症患者心理预康复的最佳证据总结

夏莹, 邱妍, 汪凤鸣, 陈苏, 张丽华, 曾莹

摘要: **目的** 检索、评价和汇总国内外成人癌症患者心理预康复的最佳证据, 为开展临床实践提供依据。 **方法** 按照“6S”证据模型自上而下系统检索计算机决策系统、国内外指南网站、专业学会网站、国内外数据库等, 获取有关成人癌症患者心理预康复的相关文献, 包括临床决策、最佳实践、指南、证据总结、系统评价和专家共识等, 检索时限为建库至2025年8月。 **结果** 最终纳入文献26篇, 其中临床决策3篇、证据总结6篇、指南8篇、系统评价8篇、随机对照试验1篇。从管理原则、筛查与评估、心理干预措施、健康教育、家庭支持5个方面汇总了20条最佳证据。 **结论** 总结的成人癌症患者心理预康复最佳证据, 可为成人癌症患者术前心理预康复提供循证依据。临床应用时应充分考虑临床情景的适用性及患者需求, 以制订科学的、易于推行的、个性化的心理预康复方案。

关键词: 癌症; 预康复; 心理预康复; 证据总结; 评估; 筛查; 心理干预; 循证护理

中图分类号: R473.73; R395.6 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2026.06.098

Summary of the best evidence for psychological prehabilitation in adult cancer Xia

Ying, Qiu Yan, Wang Fengming, Chen Su, Zhang Lihua, Zeng Ying. Nursing Department, Tongji Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430030, China

Abstract: **Objective** To retrieve, evaluate and synthesize the best evidence on psychological prehabilitation for adult cancer patients at home and abroad, so as to provide a basis for clinical practice. **Methods** According to the "6S" evidence model, a top-to-down systematic search was conducted in clinical decision support systems, domestic and international guideline websites, professional society websites, and domestic and foreign databases to obtain relevant evidence on psychological prehabilitation for adult cancer patients, including clinical decisions, best practices, guidelines, evidence summaries, systematic reviews, and expert consensus. The search period was from the establishment of the database to August 2025. **Results** A total of 26 articles were finally included, consisting of 3 clinical decisions, 6 evidence summaries, 8 guidelines, 8 systematic reviews, and 1 randomized controlled trial. Twenty pieces of best evidence were summarized from five aspects: management principles, screening and assessment, psychological intervention, health education, and family support. **Conclusion** The summarized best evidence on psychological prehabilitation for adult cancer patients can provide an evidence-based foundation for preoperative psychological prehabilitation in this population. In clinical application, full consideration should be given to the applicability of clinical scenarios and patient needs to develop scientific, feasible, and personalized psychological prehabilitation programs.

Keywords: cancer; prehabilitation; psychological prehabilitation; evidence summary; assessment; screening; psychological intervention; evidence-based nursing

2020年我国癌症新发病例增至457万,死亡病例增至300万,均位居全球第一,每年医疗费用超2200亿元,严重威胁着我国居民健康^[1]。随着癌症诊疗方式的日益进步,癌症患者的生存率逐年提高,但癌症诊疗引发的躯体症状、社会功能减退等问题,导致癌症患者心理问题风险增加^[2]。调查显示,癌症患者的焦虑、抑郁、适应障碍等心理问题的发生风险是非癌症患者的6.7倍^[3]。心理问题不仅影响患者的医疗决策和治疗依从性,还会增加患者术后疼痛、

恶心、活动能力下降等,严重影响患者远期生活质量^[4-7]。癌症预康复是基于加速康复外科(Enhanced Recovery After Surgery, ERAS)理论衍生的术前管理新策略,指癌症确诊到实施确定性治疗期间,通过评估与干预来增加患者的生理和心理储备,以提高患者的应对能力^[4]。其中,心理预康复是预康复三大关键环节之一,它是指在治疗前,通过前瞻性、系统性的心理评估与干预,优化患者心理功能,提升患者心理储备,为癌症患者的早期心理支持提供了新思路^[8]。然而,我国心理预康复研究尚存在明显不足:缺乏个性化干预方案,效果评价局限于短期指标,无循证管理方案。鉴于此,本研究拟通过循证方法对成人癌症患者心理预康复的最佳证据进行归纳总结,以指导医护人员对癌症患者实施心理预康复,改善癌症患者健康结局。

作者单位:华中科技大学同济医学院附属同济医院护理部(湖北武汉,430030)

通信作者:曾莹, zeng_ying93@163.com

夏莹:女,本科,主管护师,专科护士长, xiaying_1111@163.com

科研项目:华中科技大学同济医学院附属同济医院科研基金护理专项基金项目(2023D33)

收稿:2025-10-19;修回:2025-11-29

1 资料与方法

1.1 问题的确立 采用 PIPOST 循证问题构建工具将成人癌症患者心理预康复的临床问题转化为循证问题。①目标人群(Population,P)为围手术期成人癌症患者;②干预措施(Intervention,I)为心理预康复相关措施;③应用证据的专业人员(Professional,P)为癌症围术期管理的医护人员、多学科团队成员;④结局指标(Outcome,O)为焦虑抑郁等心理问题、疾病相关结局、生存质量等;⑤证据应用场所(Setting,S)为外科病房;⑥证据类型(Type of evidence,T)为临床决策、指南、系统评价、专家共识、证据总结及相关原始研究。

1.2 文献检索 基于证据金字塔“6S”模型,自上而下检索 UpToDate、BMJ Best Practice、国际指南协作网(GIN)、英国国家卫生与临床优化研究所(NICE)、医脉通指南网、美国国家综合癌症网络(NCCN)、美国临床肿瘤学会(ASCO)、欧洲肿瘤医学协会(ESMO)、肿瘤护理协会(ONS)、PubMed、Embase、Web of Science、CINAHL、Cochrane Library、澳大利亚 JBI 循证卫生保健中心数据库、中国知网、万方数据知识服务平台、维普网等。结合主题词和自由词的方式进行检索,英文检索词:neoplasms *, neoplasm *, cancer *, carcinoma *, tumor *, maligna *, oncolog *; preoperative care, preoperative nursing, preoperative exercise, prehabilitation, pre-rehabilitation, preoperative intervention, preoperative rehabilitation; emotions *, emotion *, depress *, mental health, anxiety, anxiety disorders, psycholog *, depressive disorder, mental; best practice, guideline *, evidence summary, consensus, systematic review, meta * analysis; randomized controlled trial, quasi-experimental study。中文检索词:癌症,肿瘤;预康复,术前护理,术前干预;心理,情绪,精神,抑郁,焦虑;最佳实践,指南,证据总结,专家共识,系统评价,meta 分析,随机对照试验,类实验研究。检索时间为建库至 2025 年 8 月。文献检索策略以 PubMed 为例,见附件 1。

1.3 文献纳入与排除标准 纳入标准:①研究对象为 ≥ 18 岁的癌症患者;②研究内容涉及癌症患者心理预康复;③文献类型为临床决策、证据总结、指南、专家共识、系统评价和随机对照试验、类实验研究;④语种为中文或英文。排除标准:①无法获取全文;②临床指南介绍、评析、解读、重复发表;③直接翻译的文献;④总体质量较低的文献。

1.4 文献质量评价 根据文献类型采用不同的质量评价工具。①临床决策和证据总结:将来自 UpToDate、BMJ、JBI 等权威数据库的临床决策或证据总结

作为高质量证据直接纳入,其他证据总结类文献采用证据总结的质量评价工具(Critical Appraisal for Summaries of Evidence,CASE)^[9]进行质量评价。②指南采用临床指南研究与评价系统 II(Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II,AGREE II)^[10]进行质量评价。③系统评价和专家共识采用澳大利亚 JBI 循证卫生保健中心专家意见和专家共识真实性评价工具(2016 版)^[10]进行质量评价。④通过 Cochrane 协作网随机对照试验的风险偏倚工具^[11]分析随机对照试验的方法学质量。由 2 名通过循证护理学培训的研究者独立完成文献质量评价。当存在意见分歧时,由第 3 名研究者参与讨论决定。所有研究者形成一致意见后讨论是否纳入。

1.5 证据提取、整合与分级 由 2 名研究者根据标准化表格独立对证据进行提取,包括研究主题、作者/机构、来源、证据类型、发表时间、推荐意见及证据等级。若出现异议则与其他研究者讨论决定。通过团队讨论对证据进行整合,整合原则为:合并一致证据;内容互补时,根据逻辑关系进行合并;出现冲突时,以高级别、高质量和最新发表的证据优先。采用 JBI 证据分级系统^[12]进行评价,根据研究设计类型,将证据分为 5 个等级。

2 结果

2.1 纳入文献的基本特征 本研究初步检索到文献 2 721 篇,排除重复发表的文献后剩余 1 930 篇,阅读标题和摘要后剩余 201 篇,阅读全文后剩余 30 篇,根据质量评价结果,经小组讨论后排除低质量的文献 4 篇。最终纳入文献 26 篇^[13-38],其中临床决策 3 篇、证据总结 6 篇、指南 8 篇、系统评价 8 篇、随机对照试验 1 篇。纳入文献的基本特征见表 1。文献筛选流程,见附件 1。

2.2 纳入文献的质量评价结果

2.2.1 临床决策和证据总结 纳入的 3 篇临床决策^[13-15]均来自 UpToDate,6 篇证据总结^[16-21]均来自 JBI 数据库,为高质量证据,均予以纳入。

2.2.2 指南 纳入 8 篇指南^[22-29],质量评价结果见表 2,整体质量较高,均予以纳入。

2.2.3 系统评价 纳入系统评价 8 篇^[30-37],质量评价结果见表 3,整体质量较高,均予以纳入。

2.2.4 随机对照试验的质量评价结果 本研究纳入随机对照试验 1 篇^[38],条目 3 评价为“偏倚风险较高”,条目 4 评价为“不清楚”,整体质量较高,予以纳入。

2.3 证据总结 最终形成了管理原则、筛查与评估、心理干预措施、健康教育、家庭支持 6 个维度,共 20 条证据,见表 4。

表 1 纳入文献的基本特征

作者/机构	发表年份	文献来源	文献类型	文献主题
Joyce 等 ^[13]	2023	UpToDate	临床决策	手术患者预康复概述
Rivest 等 ^[14]	2023	UpToDate	临床决策	癌症患者精神障碍的临床特征和诊断:概述
Roy-Byrne ^[15]	2023	UpToDate	临床决策	癌症患者精神障碍的管理
Magtoto ^[16]	2023	JBIC	证据总结	癌症患者:预康复
Ortega-Arroyo ^[17]	2022	JBIC	证据总结	癌症患者心理痛苦的筛查
Ramaka ^[18]	2025	JBIC	证据总结	成人外科手术患者焦虑的音乐干预
Ortega-Arroyo ^[19]	2022	JBIC	证据总结	癌症中的抑郁和焦虑:芳香疗法
Jolyn ^[20]	2022	JBIC	证据总结	癌症患者的音乐干预
Ashley 等 ^[21]	2023	JBIC	证据总结	癌症患者:多媒体和基于网络的信息
NCCN ^[22]	2022	NCCN 网站	指南	NCCN 临床实践指南:心理痛苦管理
Grassi 等 ^[23]	2023	ESMO 网站	指南	ESMO 临床实践指南:成年癌症患者的焦虑和抑郁
ONS ^[24]	2019	ONS 网站	指南	癌症患者的抑郁
ONS ^[25]	2019	ONS 网站	指南	癌症患者的焦虑
Andersen 等 ^[26]	2023	ASCO 网站	指南	成年癌症幸存者焦虑和抑郁的管理
Caminiti 等 ^[27]	2021	医脉通	指南	AIOM 指南:成人癌症患者的社会心理护理
中华医学会外科学分会等 ^[28]	2021	万方数据	指南	中国加速康复外科临床实践指南
Nelson 等 ^[29]	2016	PubMed	指南	ERAS 协会指南:妇产科/肿瘤科手术术前和术中护理
Kovoor 等 ^[30]	2023	PubMed	系统评价	普通外科手术预康复
Scriney 等 ^[31]	2022	PubMed	系统评价	预康复对青中年癌症患者心理和功能的影响
Tola 等 ^[32]	2021	PubMed	系统评价	非药物干预对乳腺癌手术患者术前焦虑和术后疼痛的影响
Steves 等 ^[33]	2021	Embase	系统评价	多媒体在接受癌症手术的成人患者术前教育中应用
Kim 等 ^[34]	2021	PubMed	系统评价	术前教育对癌症患者的影响
Ioannou 等 ^[35]	2020	PubMed	系统评价	虚拟现实和焦虑、抑郁、疲劳、疼痛的症状管理
Treanor 等 ^[36]	2018	PubMed	系统评价	癌症患者的预康复干预与常规干预的比较
Tsimopoulou 等 ^[37]	2015	PubMed	系统评价	癌症患者术前心理预康复
Ugras 等 ^[38]	2023	PubMed	随机对照试验	虚拟现实对结直肠癌患者术前焦虑的影响

表 2 指南的质量评价结果

作者/机构	各领域标准化百分比(%)						≥60%	≥30%	质量等级
	范围和目的	参与人员	制定的严谨性	呈现的清晰性	指南的适用性	编辑的独立性	领域数(个)	领域数(个)	
NCCN ^[22]	100.00	92.85	89.29	100.00	94.43	100.00	6	6	A
Grassi 等 ^[23]	61.90	73.81	90.18	100.00	92.86	100.00	6	6	A
ONS ^[24]	88.10	78.57	79.46	80.95	42.86	100.00	5	6	B
ONS ^[25]	88.10	78.57	79.46	80.95	44.64	100.00	5	6	B
Andersen 等 ^[26]	100.00	88.10	96.43	95.24	89.29	100.00	6	6	A
Caminiti 等 ^[27]	97.62	83.33	80.36	88.10	48.21	100.00	5	6	B
中华医学会外科学分会等 ^[28]	83.33	61.90	58.92	92.86	71.43	100.00	5	6	B
Nelson 等 ^[29]	95.24	76.19	86.61	88.10	67.86	100.00	6	6	A

表 3 系统评价的方法学质量评价结果

纳入文献	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	文献质量
Kovoor 等 ^[30]	是	是	是	是	是	是	是	是	不清楚	是	是	中
Scriney 等 ^[31]	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	高
Tola 等 ^[32]	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	高
Steves 等 ^[33]	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	高
Kim 等 ^[34]	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	高
Ioannou 等 ^[35]	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	高
Treanor 等 ^[36]	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	是	高
Tsimopoulou 等 ^[37]	是	是	是	是	是	是	是	不清楚	不清楚	是	是	中

注:A. 所提出的循证问题是否清晰明确? B. 文献的纳入标准是否恰当? C. 采用的检索策略是否恰当? D. 研究论文的来源是否恰当? E. 采用的文献质量评价标准是否恰当? F. 是否由 2 名或 2 名以上的评价者独立完成文献质量评价? G. 提取资料时是否采用一定的措施减少误差? H. 综合/合并研究的方法是否恰当? I. 是否对可能的发表偏倚进行评估? J. 是否在报道数据的支持下对政策和(或)实践提出推荐意见? K. 对今后进一步研究的特定方向是否提出恰当建议?

表 4 癌症患者心理预康复的证据总结

类别	证据内容	证据分级
管理原则	1. 推荐通过组建跨学科团队实施心理预康复,由医生、护士等共同参与,其核心目标在于缓解患者的压力、焦虑及抑郁等不良情绪,以应对心理危机 ^[13,16-17,22-23,28]	1
	2. 严重焦虑和抑郁患者应转介给心理健康专业人员,以获得专业的心理或精神照顾 ^[13,22-23,27]	5
	3. 心理干预应具有针对性,推荐应用阶梯式干预方案,根据症状的严重程度选择最有效和资源最不密集的干预措施 ^[16,26-27,29]	1
	4. 应制订和实施心理预康复的培训方案,以确保医护人员具备实施心理预康复的知识和技能 ^[22,27]	5
	5. 心理管理项目应纳入医疗机构的持续质量改进项目中 ^[22]	5
筛查与评估	6. 应对所有癌症患者在实施手术或确定性治疗前进行心理筛查,应在疾病诊断期尽早开展;此后根据临床指征定期筛查,特别是在疾病或治疗状态发生变化时 ^[13,22-23,27-28]	1
	7. 首次筛查应使用简短的心理筛查工具 ^[14,17,23] ,推荐使用心理痛苦温度计(Distress Thermometer) ^[14,17,27] 、埃德蒙顿症状评估系统(Edmonton Symptom Assessment System, ESAS) ^[17,23] 、2 条目患者健康问卷(Two-item Patient Health Questionnaire, PHQ-2)和 7 条目广泛性焦虑障碍量表(Seven-item Generalized Anxiety Disorder, GAD-7) ^[14,23]	3
	8. 若简短的筛查工具评估结果为阳性,则应进一步使用详细的筛查工具,推荐采用医院焦虑和抑郁量表(Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) ^[17,23,28]	2
	9. 若筛查发现疑似焦虑或抑郁,则应进行包括标准化诊断的心理评估以协助确诊;对于中度至重度焦虑和/或抑郁患者,应进行自杀和自残的风险评估 ^[17,22]	1
心理干预措施	10. 支持性心理治疗与咨询:推荐在术前阶段,由经过系统培训的医护人员主动为患者提供前瞻性的支持性干预 ^[13,31] ,通过沟通 ^[13] 、咨询 ^[36] 、虚拟现实技术 ^[38] 等,帮助患者预先储备心理资源 ^[15,27] 、学习应对技能,以缓解预期性焦虑、调节负面情绪、改善适应能力 ^[23,28,37]	2
	11. 认知行为疗法:建议在术前阶段实施认知行为疗法作为预干预措施,主动识别并纠正患者对疾病和诊疗存在的错误认知与灾难化思维,以预防或减轻术后可能加重的焦虑、抑郁等情绪困扰。推荐采用短程认知行为疗法,于术前持续治疗 4~5 d,每天 40~60 min ^[13,15,23-25]	1
	12. 压力管理和放松训练:推荐在术前将压力管理和放松训练作为常规干预内容,旨在预先训练患者掌握放松技巧,以缓冲手术压力,包括渐进式肌肉放松 ^[13,15,37] 、引导想象 ^[13,15,22,30-31,37] 、正念疗法 ^[13,22,25,30-31,37] 、深呼吸 ^[13,22,30]	1
	13. 暴露疗法:为预防患者因未知和恐惧而产生严重的术前焦虑,可在术前以安全、可控的方式实施暴露疗法,让患者预先、逐步地熟悉可能引起心理不适的操作或情境,从而减轻其心理应激反应。暴露疗法最好在真实情境中进行(现场暴露),也可使用图片、叙述等方式进行模拟(想象暴露) ^[13,35]	1
	14. 替代疗法:推荐在术前和/或术中应用,作为预防和缓解患者心理不适的辅助干预手段,包括音乐疗法 ^[18,20,22,32] 、芳香疗法 ^[19,22,32] 、按摩 ^[22,32] 、运动疗法 ^[22,36] 、灵性训练 ^[14] 、针灸 ^[32]	1
	15. 建议在癌症患者接受手术或主要治疗前常规开展心理健康教育,提前提供诊疗相关信息与心理支持,帮助患者在生理与心理上建立预备状态 ^[13,15,22-23,25,28,30-31,36]	1
	16. 健康教育的启动时机:推荐将健康教育提前至患者入院前或确诊早期阶段,在居家护理期间即启动,以实现早期心理干预与适应准备 ^[28]	1
健康教育	17. 心理健康教育内容:①提前告知诊疗计划及其原理,提供与诊疗结局相关的准确数据和真实风险评估 ^[14] ;②说明在诊疗和康复过程中需付出的努力,并在治疗开始前协助设定切实可行的目标 ^[13] ;③围术期及康复期间常见自我护理知识与技能 ^[28] ;④介绍焦虑、抑郁、压力、恐惧等心理问题的危险因素、症状及应对策略,增强其心理应对能力 ^[13,22,26] ;⑤提前告知疾病诊疗与心理支持资源的获取路径,如提供者联系方式,并鼓励患者在治疗前即主动与医护人员沟通 ^[26-27]	3
	18. 健康教育的信息量应结合患者的信息需求进行调整,在预康复阶段即开展个性化评估;对于倾向于回避信息的患者,应在治疗前适当控制信息输入,避免信息过载 ^[13,34]	1
	19. 患者更信赖医护人员提供的信息,在预康复阶段可采用电话干预、纸质和/或电子健康教育资料 ^[26] 、视频等方式 ^[15,21,33] 及网络健康教育手段 ^[15,21] ,提前介入以增强患者的认知与心理准备水平	2
	20. 应积极纳入家庭支持,家庭成员应得到与患者同样的心理健康教育与支持,旨在为患者提供以家庭为中心的心理干预 ^[22,26,28]	5

3 讨论

3.1 遵循心理预康复管理原则 癌症患者自确诊阶段即常出现显著的心理应激反应,多项研究证实其与不良临床结局密切相关^[4-7]。然而,国内外心理预康复的推广落实仍面临困境,现有心理支持多集中于放化疗期、康复期及终末期,术前针对性干预较少,需进一步提高医护人员重视程度,推动术前心理预康复规范化开展。指南^[22]建议,多学科团队应包含医生、护士、心理咨询师等专业人员,护士需承担初级心理筛查评估、咨询教育、监测随访及沟通协调等核心职责。实施层面需组建跨学科团队(证据 1),依托阶梯式干预原则(证据 3)并根据筛查结果进行分层干预:轻度心理困扰者由临床医护人员提供支持性干预,中重度焦虑抑郁或存在心理危机风险者,及时转介至心理健康专业人员(证据 2)。通过匹配个体心理需求与干预强度、借助跨学科角色互补与信息共享,既实现资源优化配置、避免过度干预,又提升干预的系统性与连续性,在有限医疗资源下最大化心理预康复效果。临床应用中,医疗机构需结合自身资源明确团队职责,制订标准化转介流程与协作机制,并通过持续质量改进项目(证据 5)动态优化实施策略。

3.2 规范筛查评估流程,早期识别心理问题 早期规范化心理筛查是心理预康复有效实施的前提。目前临床早期心理筛查普及率偏低,核心原因包括医护人员重视不足、工作负荷繁重及缺乏筛查工具使用知识^[14,17,23]。证据明确推荐需在诊断初期或术前对所有癌症患者开展心理筛查,并结合治疗阶段动态复筛(证据 6);为提高效率,初筛优先采用心理痛苦温度计、PHQ-2、GAD-7 等简短工具(证据 7),阳性者进一步使用医院焦虑抑郁量表深化评估(证据 8),提示中重度症状时需实施包含自杀风险在内的全面临床评估(证据 9)。这一逐级深化的筛查路径通过标准化工具实现心理风险量化识别,借助逐步深入的评价体系避免漏诊与误诊,既减轻临床工作负荷,又提高筛查覆盖率与精准度,为后续靶向干预奠定基础。建议将筛查纳入电子病历系统,设置自动提醒与标准化评估路径,同时加强护理人员工具使用培训,提升筛查规范性与准确性。

3.3 实施多元化、个体化心理干预,增强患者心理应对能力 癌症诊疗作为重大创伤性事件,易引发患者及家属应激反应,影响自我效能感与应对能力^[39]。心理预康复的核心是应用循证干预方法,主动增强患者心理韧性。支持性心理治疗(证据 10)通过术前提供疾病治疗信息、建立合理预期、鼓励情绪表达与决策参与,可缓解预期性焦虑,强化掌控感与心理准备度;认知行为疗法(证据 11)聚焦识别矫正灾难化思维,重塑疾病认知模式,从根源上减轻情绪困扰;压力管理与放松训练(证据 12)、暴露疗法(证据 13)及音乐、运动等替代疗法(证据 14),分别通过调节自主神经反应、降低医疗情境恐

惧、提升舒适感等途径,协同缓冲围术期心理压力。上述措施形成多维度互补干预体系,覆盖认知、情绪、行为与生理各层面,可适配不同患者需求。尽管认知行为疗法、放松训练等核心干预为 1 级证据,但原始研究在启动时机、干预时间、频率及方式上仍存在差异^[30,32,37]。临床应用需依据患者心理特征、问题类型与文化背景,制订个体化方案:如对高度焦虑者重点开展认知行为疗法与放松训练,对存在特定恐惧者联合暴露疗法进行情境适应训练,通过提前构建心理资源、塑造积极应对策略,帮助患者在诊疗期间保持情绪稳定,改善治疗依从性与康复质量。

3.4 优化健康教育策略,强化以家庭为中心的支持体系 癌症患者在诊疗阶段存在强烈的信息需求,信息缺乏会影响诊疗决策并加重情绪困扰,且患者更倾向于接受专业医护人员提供的信息^[40]。心理健康教育作为心理预康复的关键组成,需在术前以适宜方式向患者及家属传递疾病知识、治疗流程与心理应对技巧(证据 15~17):启动时机尽量提前至诊断后或入院前,为患者争取更充分的适应时间;信息传递需结合患者信息需求倾向调整内容强度,避免信息过载(证据 18);形式可采用面对面沟通、电话干预、多媒体资料等多种途径(证据 19),提升信息接收效果。同时,应重视家庭支持的核心作用,为家属提供与患者同等的健康教育与支持(证据 20),通过增强患者与家属的疾病认知和心理适应能力,减轻双方因信息不对称和准备不足导致的情绪困扰,建立合作性应对模式,进而提升整体应对能力与患者治疗体验。健康教育能有效改变患者知识态度,而自我效能与疾病预期直接影响应对方式与努力程度^[41],不同人口学特征、信仰及认知水平的患者信息需求存在差异,对倾向于信息回避的患者过度提供信息反而会加重焦虑抑郁^[42]。因此,医护人员需先评估患者信息需求倾向,再提供适度、个性化的健康教育,同时将家庭教育纳入常规预康复流程,通过家庭会议、共同参与课程等形式,促进家属理解支持,构建以家庭为中心的心理干预体系。

4 小结

心理预康复较常规康复的核心优势是术前主动干预,通过提前储备心理资源、预防不良情绪,避免心理问题与治疗应激叠加,更契合“早干预”理念。本研究严格按照循证护理的步骤系统总结了包括管理原则、筛查与评估、心理干预措施、健康教育、家庭支持五大范畴的最佳证据。临床推荐组建多学科团队,将心理筛查纳入常规流程,依据评估结果实施支持性干预、认知行为疗法及放松训练等循证措施,并为家庭提供同步支持。本研究的局限在于部分干预方案的具体参数仍需细化。未来应着力开发适合中国临床的标准化方案,并探索数字技术在提升心理预康复干预可及性方面的路径。

social care for adult cancer patients: guidelines of the Italian Medical Oncology Association[J]. *Cancers* (Basel), 2021, 13(19):4793.

[28] 中华医学会外科学分会, 中华医学会麻醉学分会. 中国加速康复外科临床实践指南(2021版)[J]. *中国实用外科杂志*, 2021, 41(9):961-992.

[29] Nelson G, Altman A D, Nick A, et al. Guidelines for pre- and intra-operative care in gynecologic/oncology surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations: Part I[J]. *Gynecol Oncol*, 2016, 140(2):313-322.

[30] Koovor J G, Nann S D, Barot D D, et al. Prehabilitation for general surgery: a systematic review of randomized controlled trials[J]. *ANZ J Surg*, 2023, 93(5):1125-1135.

[31] Scriney A, Russell A, Loughney L, et al. The impact of prehabilitation interventions on affective and functional outcomes for young to midlife adult cancer patients: a systematic review[J]. *Psycho-Oncology*, 2022, 31(12):2050-2062.

[32] Tola Y O, Chow K M, Liang W. Effects of non-pharmacological interventions on preoperative anxiety and post-operative pain in patients undergoing breast cancer surgery: a systematic review[J]. *J Clin Nurs*, 2021, 30(23-24):3369-3384.

[33] Steves S L, Scafide K N. Multimedia in preoperative patient education for adults undergoing cancer surgery: a systematic review[J]. *Eur J Oncol Nurs*, 2021, 52:101981.

[34] Kim N, Yang J, Lee K S, et al. The effects of preoperative education for patients with cancer: a systematic review and meta-analysis[J]. *Cancer Nurs*, 2021, 44(6):E715-E726.

[35] Ioannou A, Papastavrou E, Avraamides M N, et al. Virtual reality and symptoms management of anxiety, depression, fatigue, and pain: a systematic review[J]. *SAGE Open Nurs*, 2020, 6:2377960820930581.

[36] Treanor C, Kyaw T, Donnelly M. An international review and meta-analysis of prehabilitation compared to usual care for cancer patients[J]. *J Cancer Surviv*, 2018, 12(1):64-73.

[37] Tsimopoulou I, Pasquali S, Howard R, et al. Psychological prehabilitation before cancer surgery: a systematic review[J]. *Ann Surg Oncol*, 2015, 22(13):4117-4123.

[38] Ugras G A, Kanat C, Yaman Z, et al. The effects of virtual reality on preoperative anxiety in patients undergoing colorectal and abdominal wall surgery: a randomized controlled trial[J]. *J Perianesth Nurs*, 2023, 38(2):277-283.

[39] 白玉玲, 王小梅, 张静. 认知情绪调节策略、自我效能及社会支持对消化道癌症患者益处发现影响的路径分析[J]. *中国社会医学杂志*, 2023, 40(1):67-71.

[40] Aust H, Rusch D, Schuster M, et al. Coping strategies in anxious surgical patients[J]. *BMC Health Serv Res*, 2016, 16:250.

[41] Picha K J, Jochimsen K N, Heebner N R, et al. Measurements of self-efficacy in musculoskeletal rehabilitation: a systematic review[J]. *Musculoskelet Care*, 2018, 16(4):471-488.

[42] Lu L, Liu J, Yuan Y C. Cultural differences in cancer information acquisition: cancer risk perceptions, fatalistic beliefs, and worry as predictors of cancer information seeking and avoidance in the U. S. and China[J]. *Health Commun*, 2022, 37(11):1442-1451.

(本文编辑 钱媛)

(上接第 86 页)

[9] 章均, 韩立玲, 吕麟亚. BOPPPS 教学模式在医学生课程教学效果的 meta 分析[J]. *重庆医学*, 2022, 51(5):854-858.

[10] 冯玉, 何春渝, 丁杏, 等. BOPPPS 联合情景模拟法在内科护理学教学中的应用[J]. *护理学杂志*, 2021, 36(19):80-84.

[11] 黄永铨, 梁以豪, 赵兵德, 等. 基于 BOPPPS 教学模型《骨伤科临床技能实训》课程教学设计思路探索[J]. *云南中医药大学学报*, 2025, 48(3):96-100.

[12] 高洁, 罗振亮, 吴大梅, 等. 基于 BOPPPS 教学模型在四诊实训中的运用[J]. *中国中医药现代远程教育*, 2022, 20(4):33-34.

[13] 王润洁, 杨佳佳, 沈艳, 等. BOPPPS 模型联合案例教学法在护理综合实训教学中的应用[J]. *黑龙江医学*, 2025, 48(18):2243-2246.

[14] 梁宇颂. 大学生成就目标、归因方式与学业自我效能感的研究[D]. 武汉: 华中师范大学, 2000.

[15] 彭美慈, 汪国成, 陈基乐, 等. 评判性思维能力测量表的信效度测试研究[J]. *中华护理杂志*, 2004, 39(9):644-647.

[16] 赵丽婷. 临床护理人员核心急救能力测评工具的研究[D]. 太原: 山西医科大学, 2015.

[17] 杨光启, 孙书琴, 张正芬, 等. 虚拟仿真结合社会实践任务在急危重症护理学实训教学中的应用[J]. *卫生职业教育*, 2024, 42(17):85-87.

[18] 王凌燕, 黎梦笋, 周丹, 等. BOPPPS 教学方法在危重症护理临床实习教学中的应用[J]. *浙江医学教育*, 2024, 23(2):87-90.

[19] 朱丽娜, 姚爱春, 张晨成, 等. 基于 BOPPPS 模型的 5G+智慧课堂在临床护理教学中的应用[J]. *护理学杂志*, 2024, 39(5):14-17.

[20] 王冉, 王林, 曹朋, 等. BOPPPS 教学模式对手术室实习护生自主学习能力和批判性思维能力的影响[J]. *卫生职业教育*, 2024, 42(5):86-89.

[21] 邹静怡, 刘树场, 姜金霞, 等. 急诊护士核心能力要素质性研究的 Meta 整合[J]. *临床与病理杂志*, 2024, 44(12):1671-1680.

[22] 教育部. 高等学校课程思政建设指导纲要[EB/OL]. (2020-05-28) [2023-03-26]. http://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-06/06/content_5517606.htm.

[23] International Council of Nursing. Nurses: a voice to lead-invest in nursing and respect rights to secure global health[EB/OL]. (2022-05-12) [2025-06-10]. <https://www.icn.ch/node/1532>.

[24] Neishabouri M, Ahmadi F, Kazemnejad A. Iranian nursing students' perspectives on transition to professional identity: a qualitative study[J]. *Int Nurs Rev*, 2017, 64(3):428-436.

[25] 李佳霖, 李小寒. 应用 Rodgers 的演化概念分析界定护理专业价值观[J]. *护理学杂志*, 2023, 38(16):5-9.

(本文编辑 钱媛)