

灵性照护干预对宫颈癌术后患者心理弹性、焦虑抑郁水平、疾病进展恐惧和生活质量的影响

张雪,王海凤,赵海琳
(首都医科大学附属北京友谊医院,北京 100000)

【摘要】目的:探讨灵性照护干预对宫颈癌术后患者心理弹性、焦虑抑郁水平、疾病进展恐惧和生活质量的影响。**方法:**选取实施手术治疗的 156 例宫颈癌患者为研究对象,按照护理方式不同分为对照组($n=78$)和观察组($n=78$),对照组术后实施常规护理;观察组术后实施灵性照护,两组均干预 6 周,比较两组干预前后心理弹性[心理弹性量表(CD-RISC)]、焦虑抑郁水平[焦虑自评量表(SAS)及抑郁自评量表(SDS)]、疾病进展恐惧[疾病进展恐惧量表(FoP-Q-SF)]及生活质量[宫颈癌生活质量量表(FACT-Cx)]的变化。**结果:**干预后,两组 CD-RISC 总分及各维度评分均上升($P<0.05$),且观察组高于对照组($P<0.05$);两组 SAS 及 SDS 评分均下降($P<0.05$),且观察组低于对照组($P<0.05$)。干预后,两组 FoP-Q-SF 评分均下降($P<0.05$),且观察组低于对照组($P<0.05$);两组 FACT-Cx 总分及各维度评分均升高($P<0.05$),且观察组高于对照组($P<0.05$)。**结论:**灵性照护干预可有效提高宫颈癌术后患者心理弹性,减轻患者焦虑抑郁及疾病进展恐惧,提高患者生活质量。

【关键词】 宫颈癌;照护;灵性;心理弹性;焦虑抑郁;疾病进展恐惧;生活质量

【中图分类号】 R737.33 **【文献标志码】** A

Effect of spiritual care intervention on psychological resilience, anxiety and depression, fear of disease progression and quality of life in patients with cervical cancer after operation

ZHANG Xue, WANG Hai-feng, ZHAO Hai-lin
(Beijing Friendship Hospital, Capital Medical University, Beijing 100000, China)

【Abstract】 Objective: To explore the effect of spiritual care intervention on psychological resilience, anxiety and depression, fear of disease progression and quality of life in patients with cervical cancer after operation. **Methods:** A total of 156 patients with cervical cancer who underwent surgical treatment were divided into control group ($n=78$) and observation group ($n=78$) according to different nursing methods. The control group received routine nursing after operation, and the observation group received spiritual care after operation. Both groups were intervened for 6 weeks. The changes of psychological resilience [Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)], anxiety and depression levels [Self-rating Anxiety Scale (SAS) and Self-rating Depression Scale (SDS)], fear of disease progression [Fear of Disease Progression Scale (FoP-Q-SF)] and quality of life [Cervical Cancer Quality of Life Scale (FACT-Cx)] were compared between the two groups before and after intervention. **Results:** After intervention, the total score of CD-RISC and the scores of each dimension in the two groups increased ($P<0.05$), and those in the observation group were higher ($P<0.05$). The scores of SAS and SDS in the two groups decreased ($P<0.05$), and those in the observation group were lower ($P<0.05$). After intervention, the FoP-Q-SF scores of the two groups decreased ($P<0.05$), and the observation group was lower ($P<0.05$). The total score of FACT-Cx and the scores of each dimension in the two groups increased ($P<0.05$), and those in the observation group were higher ($P<0.05$). **Conclusion:** Spiritual care intervention can effectively improve the psychological resilience of patients after cervical cancer surgery, reduce anxiety, depression and fear of disease progression, and improve the quality of life.

【Key words】 Cervical cancer; Care; Spirituality; Psychological resilience; Anxiety and depression; Fear of disease progression; Quality of life

宫颈癌作为女性生殖系统最常见的恶性肿瘤,严重威胁着女性健康与生命。流行病学调查^[1]显示,宫颈癌在全球范围内呈现逐年上升且年轻化趋势,给家庭和社会带来沉重负担。手术治疗在宫颈

癌综合治疗中占据重要位置^[2],但术后患者常面临身体及心理的双重影响,术后患者除要承受身体上的疼痛、疲乏及生理功能改变外,还需面临疾病带来的各种心理压力,如焦虑、抑郁等负性情绪,担心癌症复发、转移,恐惧疾病进展等,进而严重影响患者生活质量^[3-4]。传统护理模式的重点在于患者的身体康复,对患者心理及精神的需求关注相对不够。近年来,随着医学模式的转变及整体护理理念的深入,灵性健康在肿瘤患者照护过程中的重要性逐步显现出来^[5]。灵性是人类内心深处的一种精神力量,与个体对生命意义、价值及目的的探索紧密相连^[6]。既往研究^[7]显示,相较于其他疾病,肿瘤患者对灵性照护的需求程度更高。目前,灵性照护在恶性肿瘤患者中的应用逐步增多,但在宫颈癌术后患者护理中的报道较少。基于此,本研究对宫颈癌术后患者实施灵性照护,并探讨其临床应用效果。

表 1 两组患者一般资料比较[$\bar{x} \pm s, n(\%)$]

组别	年龄(岁)	体质量指数(kg/m ²)	病理类型			手术方式		分期		
			鳞癌	腺癌	腺鳞癌	根治性	改良根治性	I 期	II 期	III 期
对照组(<i>n</i> = 78)	46.94 ± 12.34	22.94 ± 2.84	12(15.58)	59(76.63)	6(7.79)	29(37.18)	49(62.82)	20(25.64)	43(55.13)	15(19.23)
观察组(<i>n</i> = 78)	47.06 ± 11.89	23.07 ± 2.72	10(12.82)	60(76.92)	8(10.26)	22(28.21)	56(71.79)	18(23.08)	42(53.85)	18(23.07)
<i>t</i> / χ^2 值	0.062	0.292		0.470			1.427		0.390	
<i>P</i> 值	0.951	0.771		0.791			0.232		0.823	

1.2 护理方法

对照组患者术后采取常规护理,包括生命体征监测、伤口护理、饮食及康复训练指导、遵医嘱给药,讲解疾病相关知识、术后注意事项及复查相关信息。

观察组在常规护理基础上实施灵性照护,具体如下:(1)成立灵性照护小组:由护士长担任组长,成员包括主治医师 2 名、心理咨询师 1 名(国家二级心理咨询师)、5 名 10 年本科室工作经验的护士,团队心理咨询师及护士接受过系统性灵性照护相关培训并获得临床心灵关怀师资质。干预前,组长组织小组成员进行培训,定期组织小组培训及考核,不断提升小组成员灵性照护能力及水平。(2)评估患者灵性需求及制定个性化照护方案:参照中文版灵性需求量表^[9]及与患者及其家属详谈,了解患者宗教信仰、价值观、人生观、人生目标、对疾病的认知及态度等,评估其灵性需求,为制定个性化灵性照护方案提供依据。以患者灵性需求为参照,查阅既往文献并结合本科室相关专家意见制定个性化灵性照护方案。(3)具体实施方案:每周 1 次,连续干预 6 周,每周 1 个主题。第 1~3 次为个体干预,由责任护士(灵性关怀师)一对一进行,每次干预时间 30~45 min;第 4~6 次为团队干预,将 78 例患者分为 6 个组,每组 12~14 例,每次干预时间 60~90 min。第 1 次。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2022 年 8 月至 2024 年 7 月首都医科大学附属北京友谊医院收治的 156 例宫颈癌患者为研究对象。纳入标准:(1)确认为宫颈癌^[8];(2)符合手术指征,首次并成功施行此治疗;(3)年龄≥18 岁;(4)患者沟通及阅读理解能力正常。排除标准:(1)术后出现严重并发症;(2)已发生远处转移;(3)合并严重心、肝、肾、脑疾病者;(4)合并全身感染性疾病、自身免疫疾病等;(5)既往盆腔手术史;(6)妊娠及哺乳期;(7)存在精神疾病或认知障碍。按照护理方式的不同分为对照组和观察组,每组各 78 例,两组患者一般资料无统计学差异(*P* > 0.05)。见表 1。本研究符合医学伦理审查,患者均知情同意。

主题:建立关系。目标:医护人员与患者建立信任关系,引导病友建立联系。方法:①责任护士与患者一对一沟通 20 min,了解患者基本信息、兴趣爱好、职业经历等,让患者感受医护人员的理解与关爱,建立信任关系。②根据患者年龄、病情、性格等因素,为其匹配合适病友,鼓励她们在病房或康复活动中相互交流(20 min)。第 2 次。主题:释放自我。目标:提供情感支持,舒缓压力,促进情绪释放。方法:①在一个安静的房间,让患者自由倾诉内心的焦虑、恐惧、愤怒等负性情绪,责任护士以倾听为主,并予以患者充分的理解与支持(20 min)。②心灵冥想 10 min;通过绘画或手工制作等方式,引导患者将情绪融入到作品中,达到情绪释放的目的。第 3 次。主题:宽恕与接纳。目标:情绪梳理、自我反思、接纳自己、同他人和解。方法:①引导患者根据情绪量表回顾自己 1 周内的情绪变化,提高对自身情绪的觉察能力(10 min);鼓励患者进行自我反思,通过写情绪日记的方式深入剖析自己的情绪和行为(10 min)。②通过冥想、身体扫描等方式引导患者关注自己身体及内心感受,接纳自己当下的身体状态及疾病状态(如手术伤疤、身体功能改变、情绪波动等)(10 min)。引导患者与自己和解,书写接纳和鼓励自己的话,如“我原谅自己因为生病不能像以前一样照

顾家庭,我接受自己的样子,我会努力变得更好”“我不再因这场病痛苛责自己,虽不能如往昔般周全照顾家庭,但我悦纳此刻带病的自己。与病魔抗争的每一刻,都是我努力生活的证明”等等(10 min)。

③责任护士指导患者通过换位思考、改变归因等方式同他人和解,尤其是同家人和解,帮助患者理解他人行为与语言背后的复杂因素,促进双方相互理解与宽恕。

第4次。主题:感恩有你。目标:重寻生命的意义、感受爱、感恩遇见。方法:①生命故事讲述:邀请康复较好的患者或志愿者来病房为患者分享自己的人生经历,重点是面对疾病或挫折是如何重新审视生命的意义,怎么找到人生的目标和方向(60 min)。

②通过爱的冥想时间,让患者闭着眼睛跟着温柔的提示语进行冥想和回忆,如父母的拥抱、孩子的笑声、伴侣的陪伴等,让其感受爱和温暖(10~15 min)。

③冥想结束后,引导患者回顾人生中的美好相遇,如与亲人的相遇、与朋友的相遇、与陌生人的相遇等,思考相遇给自己带来的改变和成长,让患者意识到每一次的相遇都是生命中的一次馈赠,无论是好的还是不好的,都丰富了自己的人生经历,促使患者以更加开放和包容的心态面对未来(10~15 min)。

第5次。主题:向死善生。目标:正确看待生死、超越逆境。方法:①邀请肿瘤专家进行一次生死教育讲座,演讲的内容包括生命发展历程、疾病与死亡,通过真实数据向患者展示宫颈癌治疗的存活率及保持积极乐观心态对疾病康复的意义(40 min)。

②收集一些康复患者战胜病魔的故事,录制成音频或者视频形式分享给患者,引导患者分析故事中主人公所展现出的优秀品格及应对策略,帮助患者树立超越当前逆境,战胜疾病的信心(30 min)。

第6次。主题:活在当下。目标:活在当下,坚定信心。方法:①正念明显及呼吸训练:在安静舒适环境中,引导患者闭上眼睛,关注自己的呼吸的感受(20 min)。

②总结自己一路走来的经历,肯定自己坚强、坚韧的品质及收获、成长,书写自己继续坚持的理由。并小组进行讨论、分享自己的计划及人生期望,最后由灵性关怀师给予寄语及展望(40 min)。

1.3 观察指标

(1)心理弹性:以心理弹性量表(Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC)^[10]评估,该量表包含坚韧、力量及乐观3个维度,总条目数25,以上3个维度条目数分别为13、8和4。每个条目以0~4赋分,总分高者,心理弹性水平高。评估时间为干预前及干预6周(干预后)。

(2)焦虑抑郁水平:以焦虑自评量表(Self-Rating Anxiety Scale, SAS)^[11]及抑郁自评量表(Self-Rating Depression Scale, SDS)^[12]评估,以上两个量表均包含20个条目,每个条目按照1~4赋分,条目得分相加为原始总分,标准分为原始分×1.25取整数部分所得。SAS临界值为50分,SDS临界分为53分,分值越高,表明相应症状越重。评估时间为干预前及干预6周(干预后)。

(3)疾病进展恐惧:以疾病进展恐惧量表(Fear of Progression Questionnaire-Short Form, FoP-Q-SF)^[13]评估,该量表共12个条目,每个条目按照1~5赋分,分值高者,疾病进展恐惧程度高。评估时间为干预前及干预6周(干预后)。

(4)生活质量:以宫颈癌生活质量量表(Functional Assessment of Cancer Therapy-Cervix, FACT-Cx)^[14]评估,该量表包括生理状况、社会/家庭状况、情感状况、功能状况及宫颈癌特异性模块5个维度,总条目数41个,以上5个维度条目数分别为8、7、6、6和14,每个条目按照0~4赋分,分值越高,生活质量越好。评估时间为干预前及干预6周(干预后)。

1.4 统计学分析

数据分析采用SPSS 24.0软件处理。计量资料符合正态分布且方差齐性,以($\bar{x} \pm s$)形式描述,组间比较用独立样本 t 检验,组内比较采用配对样本 t 检验;计数资料以[$n(\%)$]形式描述,组间比较采用 χ^2 检验比较。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者 CD-RISC 比较

干预后,两组患者CD-RISC总分及各维度评分均上升($P < 0.05$),且观察组高于对照组($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组患者 CD-RISC 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	坚韧			力量			乐观			总分		
	干预前	干预后	差值	干预前	干预后	差值	干预前	干预后	差值	干预前	干预后	差值
对照组($n=78$)	26.84±5.16	35.98±6.68 ^①	9.14±2.23	16.14±3.37	21.18±4.46 ^①	5.04±1.52	7.73±2.07	10.25±2.57 ^①	2.52±0.64	50.71±8.54	67.41±10.76 ^①	16.70±3.52
观察组($n=78$)	27.15±5.72	40.48±7.78 ^①	13.33±2.84	15.86±3.19	24.59±5.84 ^①	8.73±1.91	7.66±2.11	13.37±2.49 ^①	5.71±1.57	50.67±7.81	78.44±11.27 ^①	27.77±4.79
t 值	0.355	3.876	10.248	0.533	4.098	13.351	0.209	7.700	16.617	0.031	6.252	16.447
P 值	0.723	<0.001	<0.001	0.595	<0.001	<0.001	0.835	<0.001	<0.001	0.976	<0.001	<0.001

① $P < 0.05$,与同组干预前比较。

2.2 两组患者焦虑抑郁水平比较

干预后,两组患者 SAS 及 SDS 评分均下降($P <$

0.05),且观察组低于对照组($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者 SAS 及 SDS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	SAS			SDS		
	干预前	干预后	差值	干预前	干预后	差值
对照组($n = 78$)	66.71 $\pm$ 10.52	55.81 $\pm$ 7.75 ^①	10.90 $\pm$ 2.31	68.25 $\pm$ 10.51	57.43 $\pm$ 7.57 ^①	10.82 $\pm$ 2.25
观察组($n = 78$)	67.32 $\pm$ 9.51	50.48 $\pm$ 5.91 ^①	16.84 $\pm$ 2.85	67.74 $\pm$ 10.08	51.61 $\pm$ 5.80 ^①	16.13 $\pm$ 2.77
t 值	0.380	4.830	14.300	0.309	5.390	13.141
P 值	0.705	<0.001	<0.001	0.758	<0.001	<0.001

① $P < 0.05$,与同组干预前比较。

2.3 两组患者疾病进展恐惧评分比较

干预后,两组患者 FoP-Q-SF 评分均下降($P < 0.05$),且观察组低于对照组($P < 0.05$)。见表 4。

2.4 两组患者生活质量比较

干预后,两组患者 FACT-Cx 总分及各维度评分均升高($P < 0.05$),且观察组患者高于对照组($P < 0.05$)。见表 5。

表 4 两组患者 FoP-Q-SF 评分比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	干预前	干预后	差值
对照组($n = 78$)	45.67 $\pm$ 6.18	35.81 $\pm$ 4.51 ^①	9.86 $\pm$ 2.13
观察组($n = 78$)	46.08 $\pm$ 6.34	30.62 $\pm$ 4.67 ^①	15.46 $\pm$ 2.58
t 值	0.409	7.060	14.783
P 值	0.683	<0.001	<0.001

① $P < 0.05$,与同组干预前比较。

表 5 两组 FACT-Cx 评分比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	生理状况			社会/家庭状况			情感状况		
	干预前	干预后	差值	干预前	干预后	差值	干预前	干预后	差值
对照组($n = 78$)	17.51 $\pm$ 3.98	23.57 $\pm$ 5.51 ^①	6.06 $\pm$ 1.72	14.58 $\pm$ 3.56	18.51 $\pm$ 5.52 ^①	3.93 $\pm$ 1.05	12.53 $\pm$ 3.17	15.94 $\pm$ 4.56 ^①	3.41 $\pm$ 1.13
观察组($n = 78$)	16.89 $\pm$ 4.12	26.74 $\pm$ 6.67 ^①	9.85 $\pm$ 2.18	15.03 $\pm$ 3.75	22.13 $\pm$ 5.94 ^①	7.10 $\pm$ 1.96	12.85 $\pm$ 3.36	18.79 $\pm$ 4.93 ^①	5.94 $\pm$ 1.62
t 值	0.956	3.236	12.054	0.769	3.943	12.591	0.612	3.748	11.313
P 值	0.341	0.002	<0.001	0.443	<0.001	<0.001	0.542	<0.001	<0.001

续表 5

组别	功能状况			宫颈癌特异性模块			总分		
	干预前	干预后	差值	干预前	干预后	差值	干预前	干预后	差值
对照组($n = 78$)	12.49 $\pm$ 3.08	15.83 $\pm$ 4.47 ^①	3.34 $\pm$ 1.04	30.74 $\pm$ 5.53	37.49 $\pm$ 8.85 ^①	6.75 $\pm$ 2.08	87.85 $\pm$ 6.87	111.34 $\pm$ 10.81 ^①	23.49 $\pm$ 3.27
观察组($n = 78$)	12.24 $\pm$ 3.16	18.62 $\pm$ 5.14 ^①	6.38 $\pm$ 1.74	29.16 $\pm$ 5.61	44.24 $\pm$ 9.94 ^①	15.08 $\pm$ 2.94	86.17 $\pm$ 7.12	130.52 $\pm$ 12.07 ^①	44.35 $\pm$ 4.59
t 值	0.500	3.617	13.245	1.771	4.479	20.428	1.500	10.454	32.690
P 值	0.618	<0.001	<0.001	0.079	<0.001	<0.001	0.136	<0.001	<0.001

① $P < 0.05$,与同组干预前比较。

3 讨论

既往研究^[15]显示,绝大多数恶性肿瘤患者均遭受灵性困扰,灵性照护可帮助恶性肿瘤患者提供情感支持与心理慰藉,使其更好地接纳自己与当面状态,以更加积极的态度面对疾病和康复。

本研究中,观察组干预后 CD-RISC 总分及各维度评分均高于对照组,由此表明,灵性照护干预可提供宫颈癌术后患者心理弹性水平。分析原因可能是,首先,灵性照护通过一系列措施如提供情感支持、促进患者情绪释放、接纳自己等多方面予以患者精神力量^[16]。其次,在灵性照护团体干预中,通过生命故事讲述、生死教育讲座等帮助患者重塑生命

的意义,帮助其重新认知到自己生命的价值。

本研究中,观察组治疗后 SAS、SDS 评分均显著低于对照组,表明灵性照护干预可进一步改善宫颈癌患者焦虑、抑郁等负性情绪,利于患者心理健康。分析可能原因,灵性照护中情感支持、心灵冥想、绘画干预、身体扫描等可有效缓解负性情绪^[17-18]。

疾病进展恐惧是个体对疾病可能出现的负面进展所产生的一种复杂、多维度的恐惧,此是癌症患者普遍存在的心理问题^[19]。本研究中,观察组干预后 FoP-Q-SF 评分显著对于对照组,由此表明,灵性照护干预可降低宫颈癌术后患者疾病进展恐惧水平。分析原因可能是,首先,灵性照护是一种整体护理模式,其不仅仅局限于患者身体的治疗与护理,还关注

患者的精神、心理及生命意义等方面。同时,引导患者正确看待生死,珍惜当下,使其将注意力从疾病的过度担忧转移到当下的生活和自我成长方面,增强其内心掌控感和自我效能感,减轻其对疾病进展的恐惧。既往研究^[20]亦显示,调整心理认知对缓解肿瘤患者疾病进展恐惧有重要作用。另有临床研究^[21]显示,晚期癌症患者接受灵性照护干预后,其FoP-Q-SF评分较干预前明显降低。以上研究均有力支持灵性照护可降低宫颈癌术后患者疾病进展恐惧有积极作用。

良好的心理状态使得患者更加积极主动配合术后康复,更好地应对身体功能及心理方面的改变,在生活及情感上更加积极,进而提升整体生活质量。因此,本研究中,观察组干预后FACT-Cx总分及各维度评分均高于对照组,与魏亚运^[22]研究结果相似。

综上,灵性照护干预对宫颈癌术后患者心理及生活质量提升具有积极作用,可显著提升患者心理弹性水平,缓解焦虑抑郁、疾病进展恐惧等心理,促进患者整体生活质量,值得临床推广。

参考文献

[1] Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, et al. Cancer statistics, 2022[J]. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 2022, 72(1): 7-33.

[2] 孔文志, 王建东, 张师前. 中国妇科肿瘤 10 年发展概略[J]. 癌症进展, 2022, 20(15): 1513-1514.

[3] 刘军, 王晓帆, 姚蕾, 等. 围术期心理治疗对老年腹腔镜卵巢癌/宫颈癌根治术患者负性情绪、心理弹性及术后疼痛的影响[J]. 国际精神病学杂志, 2024, 51(2): 568-570.

[4] Ahamed MS, Degu A. Health-related quality of life among cervical cancer patients at Kenyatta National Hospital[J]. Journal of Oncology Pharmacy Practice, 2023, 29(2): 393-400.

[5] 何文奇, 陈长英. 癌症患者灵性应对的研究进展[J]. 护理学杂志, 2020, 35(3): 110-113.

[6] Nissen RD, Falk Ø E, Stripp TK, et al. Spiritual needs assessment in post-secular contexts: an integrative review of questionnaires[J]. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2021, 18(24): 12898.

[7] Wisersith W, Sukcharoen P, Sripinkaew K. Spiritual care needs of terminal ill cancer patients[J]. Asian Pacific Journal of Cancer

Prevention, 2021, 22(12): 3773-3779.

[8] 周晖, 白守民, 林仲秋. 《2019 NCCN 宫颈癌临床实践指南(第1版)》解读[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2018, 34(9): 1002-1009.

[9] 成琴琴, 刘翔宇, 谌永毅, 等. 中文版灵性需求量表的信效度研究[J]. 护理学杂志, 2018, 33(3): 16-19.

[10] 刘东玮, 任兴华, 周郁秋, 等. 中文版心理弹性量表在精神分裂症患者中的信效度测量[J]. 中国实用护理杂志, 2020, 36(18): 1366-1371.

[11] 王征宇, 迟玉芬. 焦虑自评量表(SAS)[J]. 上海精神医学, 1984(2): 73-74.

[12] 王征宇, 迟玉芬. 抑郁自评量表(SDS)[J]. 上海精神医学, 1984(2): 71-72.

[13] 吴奇云, 叶志霞, 李丽, 等. 癌症患者恐惧疾病进展简化量表的汉化及信效度分析[J]. 中华护理杂志, 2015, 50(12): 1515-1519.

[14] 万崇华, 张冬梅, 汤学良, 等. 乳腺癌患者生命质量测定量表FACT-B 中文版介绍[J]. 中国肿瘤, 2002, 11(6): 318-320.

[15] Kestenbaum A, McEniry KA, Friedman S, et al. Spiritual AIM: assessment and documentation of spiritual needs in patients with cancer[J]. Journal of Health Care Chaplaincy, 2022, 28(4): 566-577.

[16] Willian BG. 弗兰克尔: 意义与人生[M]. 常晓玲, 瞿凤臣, 肖晓月, 译. 北京: 中国轻工业出版社, 2000.

[17] 邝应露. 癌症康复过程中正念减压疗法的作用机制[J]. 心理月刊, 2022, 17(17): 230-233.

[18] 周同, 胡雁, 彭健, 等. 胃肠恶性肿瘤化疗患者多学科合作心理社会干预方案的构建[J]. 护理学杂志, 2020, 35(16): 80-83.

[19] Zhang Y, Zhou F, Yang H, et al. Current status of fear of disease progression in patients with advanced cancer and usefulness of dignity therapy intervention[J]. Journal of Healthcare Engineering, 2022, 2022: 6069060.

[20] Sun X, Jiang Y, Wang J, et al. Effects of a mobile health intervention based on a multitheoretical model of health behavior change on anxiety and depression, fear of cancer progression, and quality of life in patients with differentiated thyroid cancer: a randomized controlled trial[J]. BMC Medicine, 2024, 22(1): 466.

[21] 刘雪, 陈凤仪, 郭薇, 等. 二元视角下晚期癌症患者和家庭照顾者灵性应对体验的质性研究[J]. 护理学杂志, 2023, 38(19): 91-95, 104.

[22] 魏亚运. 灵性照护对晚期癌症患者生活质量的影响[J]. 心理月刊, 2021, 16(18): 157-158.

(收稿日期: 2025-01-14

修回日期: 2025-03-01)