

肿瘤护理

DOI: 10.13406/j.cnki.cyx.002599

# IIFAR 信息护理模式对肺癌患者心理反应的效果评价

王 静<sup>1</sup>, 孟 娜<sup>1</sup>, 罗 稀<sup>2</sup>, 李小麟<sup>1</sup>, 王蒙蒙<sup>1</sup>, 雷 蕾<sup>3</sup>

(1. 四川大学华西护理学院/四川大学华西医院, 成都 610041; 2. 四川省肿瘤医院护理部, 成都 610041;

3. 四川大学华西第二医院护理部, 成都 610041)

**【摘要】目的:**探讨 IIFAR(initial check, information exchange, final accuracy check, reaction)信息护理模式对肺癌患者心理痛苦、焦虑、抑郁的干预效果,为临床护理实践提供参考依据。**方法:**将 132 例肺癌住院患者随机均分为 2 组,试验组使用 IIFAR 信息护理模式与常规健康宣教,对照组进行常规健康宣教,比较 2 组患者心理痛苦、焦虑、抑郁得分及心理痛苦原因。**结果:**2 组患者基线均衡( $P>0.05$ )。组间分析结果显示干预后试验组心理痛苦( $1.81 \pm 1.16$ )、焦虑( $1.26 \pm 1.41$ )、抑郁( $2.74 \pm 2.53$ )得分均低于对照组( $2.70 \pm 1.57$ 、 $3.12 \pm 2.16$ 、 $5.72 \pm 4.08$ )( $t=3.521, P=0.001$ ;  $t=5.519, P=0.000$ ;  $t=-4.779, P=0.000$ )。组内分析结果显示,试验组干预后心理痛苦、焦虑、抑郁得分均低于干预前( $3.33 \pm 1.67$ 、 $3.82 \pm 2.19$ 、 $6.21 \pm 4.01$ )( $t=9.397, P=0.000$ ;  $t=10.131, P=0.000$ ;  $t=9.148, P=0.000$ );对照组干预前后心理痛苦、焦虑、抑郁得分均无统计学差异( $P>0.05$ )。试验组干预后引起心理痛苦的原因(担忧、睡眠、恐惧、紧张、经济困扰)改善程度优于对照组( $P<0.05$ )。**结论:**IIFAR 信息护理模式能缓解肺癌患者的心理痛苦、焦虑和抑郁情绪,通过系统、固定的步骤为患者提供信息支持。

**【关键词】**IIFAR 模式;肺癌;心理痛苦;焦虑;抑郁

**【中图分类号】**R471

**【文献标志码】**A

**【收稿日期】**2020-03-13

## Evaluation of IIFAR information nursing model on psychological response of patients with lung cancer

Wang Jing<sup>1</sup>, Meng Na<sup>1</sup>, Luo Xi<sup>2</sup>, Li Xiaolin<sup>1</sup>, Wang Mengmeng<sup>1</sup>, Lei Lei<sup>3</sup>

(1. West China School of Nursing/West China Hospital, Sichuan University; 2. Nursing Department,

Sichuan Cancer Hospital; 3. Nursing Department, West China Second University Hospital, Sichuan University)

**【Abstract】Objective:** To explore effectiveness of IIFAR(initial check, information exchange, final accuracy check, reaction) information care model on distress, anxiety and depression in lung cancer patients. **Methods:** Randomly 132 inpatients with lung cancer were enrolled and assigned to two groups. Patients in the intervention group received IIFAR information care model in addition to routine health education. And the control group received routine health education. The scores of distress thermometer(DT), hospital anxiety and depression Scale(HADS) and the causes of distress were compared between the two groups. **Results:** There was no significant difference between two groups before the intervention( $P>0.05$ ). The results of inter-group analysis showed that the scores of DT, anxiety subscale and depression subscale in intervention group( $1.81 \pm 1.16, 1.26 \pm 1.41, 2.74 \pm 2.53$ ) was lower than those in control group( $2.70 \pm 1.57, 3.12 \pm 2.16, 5.72 \pm 4.08$ ) after intervention( $t=3.521, P=0.001$ ;  $t=5.519, P=0.000$ ;  $t=-4.779, P=0.000$ ). The results of intra-group analysis showed that after intervention the scores of DT, anxiety subscale and depression subscale was lower than before in intervention group( $3.33 \pm 1.67, 3.82 \pm 2.19, 6.21 \pm 4.01$ )( $t=9.397, P=0.000$ ;  $t=10.131, P=0.000$ ;  $t=9.148, P=0.000$ ), and no significant difference in control group( $P>0.05$ ). Compared with control group, worry, sleeping, fear, tension and financial problems were alleviated in intervention group( $P<0.05$ ). **Conclusion:** Information care can relieve distress, anxiety and depression in lung cancer patients.

**【Key words】**IIFAR model; lung cancer; distress; anxiety; depression

肺癌是我国发病率和死亡率最高的肿瘤疾病<sup>[1]</sup>。肺癌患者存在严重的心理痛苦(由多种原因引起的

不愉快的情感体验)、焦虑和抑郁情绪。研究表明,肺癌患者心理痛苦、焦虑、抑郁阳性检出率分别为 30%、26.7%与 27.7%<sup>[2]</sup>。这些负性体验和情绪降低了肺癌患者的生活质量<sup>[3]</sup>和治疗依从性<sup>[4]</sup>,甚至与其死亡率增加有关<sup>[5]</sup>。对癌症缺乏科学的认识是肺癌患者心理痛苦和焦虑抑郁的重要原因<sup>[6]</sup>,信息支

作者简介:王 静, Email: 1392902452@qq.com,

研究方向:心理、精神护理。

通信作者:李小麟, Email: xiaolinlee2019@126.com。

优先出版: <https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1046.R.20200707.2013.016.html>

(2020-07-09)

持能缓解患者的心理痛苦、焦虑抑郁情绪<sup>[7-8]</sup>。目前肺癌患者的信息需求极大且没有得到满足<sup>[9]</sup>,因此提供高质量的信息支持,让患者更完善地接收健康宣教的信息是肺癌护理的关键议题<sup>[10]</sup>。目前临床健康宣教形式多为护士对患者单方面的口头宣教、电视集中宣教或分发简单的纸质版资料,存在宣教简略匆忙、信息量大、未考虑个体差异及患者是否理解等缺点<sup>[11]</sup>。英国学者 Nichols K<sup>[12]</sup>认为,信息护理是心理护理的重要组成,并提出了 IIFAR 信息护理模式。IIFAR 指初始核对(initial check)、信息交流(information exchange)、最终的准确性核对(final accuracy check)和反应(reaction)。该方法弥补了传统健康教育的不足,通过给患者提供信息,使信息保持在一定水平,促使患者产生符合现实的期望值,减少患者因疾病而产生的恐惧、压力和疑惑,引导患者有效地参与治疗和自护。本研究通过前瞻性的随机对照实验,探讨 IIFAR 信息护理模式对肺癌住院患者心理痛苦、焦虑和抑郁的干预效果。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选取 2013 年 8 月至 2014 年 1 月某三甲医院胸部肿瘤科新入院的肺癌患者 132 例,按随机数字表法分为试验组和对照组,每组 66 例。纳入标准如下:按国际疾病分类第 10 版诊断为肺癌的患者;小学及以上文化程度;认知功能正常。排除标准如下:行为状态评分(Karnofsky performance status, KPS)<60 分;对疾病不知情的患者。剔除标准如下:病情恶化死亡的患者;转科或转院失访的患者;研究过程中主动退出该研究的患者。研究结束后,试验组中 3 名患者因病情恶化、体力不能耐受而退出,1 名患者认为“自己的身体和情绪状况较好,不需要相关信息”而退出,转科 3 例,自动出院 2 例;对照组中转科 3 例,自动出院 3 例。最终试验组有效病例 57 例,对照组有效病例 60 例,总有效率为 88.6%。本研究通过本院生物医学伦理委员会审核,患者签署书面知情同意书。

### 1.2 干预方法

1.2.1 对照组 护士根据日常的宣教流程对患者进行口头的健康宣教,宣教内容包括入院须知、治疗方案、副作用、出院指导等。

1.2.2 试验组 试验组在对照组的基础上,一名护理研究生在经过培训并完成预实验后,严格按照《研究人员干预手册》开展每次 45 min、共计 4 次信息护理。第 1 次信息护理在入院后 1 d 内完成,主题为相关辅助检查和疼痛管理;第 2 次信息护理在入院后 3~4 d 内完成,主题为治疗方案及其副作用;第 3 次信息护理在入院后 7~8 d 内完成,主题为副作用应对和情绪管理;第 4 次信息护理在出院前 24 h 内完成,主题为出院后康复。具体 IIFAR 信息护理模式的操作步骤见表 1。

表 1 IIFAR 信息护理模式操作步骤

步骤	具体内容
初始核对	①检查患者的情绪和认知状态,确定患者是否处于接受信息的最佳时机; ②确认患者存在信息需求; ③让患者用自己的话描述其获得的信息,确定其拥有的信息、仍需要的信息; ④对患者的基本需求进行判断
信息交流	①对患者缺乏的信息进行编排,形成一个个小的信息包,信息包总量不超过 4~5 个; ②基于信息包进行宣教,每个信息包之间可以有一段停顿时间,以便提问、复述和讨论,避免掺杂多余的信息以保证有效性
最终的准确性核对	①要求患者用自己的语言说出此次信息交流的关键点; ②仔细倾听,对患者的错误信息和空白信息重新进行宣教
反应	①改变研究者主导的信息沟通氛围,确保患者处于放松状态; ②简要地与患者一起探讨其对信息的反应以及由此引发的想法和感觉

### 1.3 评定指标

入院后 24 h 内收集的基线数据包括社会人口学数据、疾病相关数据、心理痛苦温度计(distress thermometer, DT)资料和医院焦虑抑郁量表(hospital anxiety and depression scale, HADS)得分。出院当天收集 2 组患者的 DT 资料和 HADS 得分。具体工具介绍如下。

1.3.1 心理痛苦温度计 美国国立综合癌症网推荐 DT 作为心理痛苦的筛查工具<sup>[13]</sup>。本研究使用的中文版 DT 由北京大学肿瘤医院唐丽丽等根据我国实际情况修订,第一部分为一个单项条目的心理痛苦自评问题,评分为 0~10 分(0 分为无痛苦,10 分为极度痛苦),评估患者在近一周所经历的平均心理痛苦水平。第二部分为一项问题列表,该问题列表包括患者患病后可能遇到的 5 类问题:实际问题、交往问题、情绪问题、身体问题、宗教问题,共 40 个问题。中文版 DT 重测信度为 0.77,以 SCL-90 为参照标准,ROC 曲线下面积为 0.83,分界点为 4 分时能得到最佳敏感度,因此当 DT $\geq$ 4 分时为显著心理痛苦<sup>[14]</sup>。

1.3.2 医院焦虑抑郁量表 由 Zigmond 与 Snaith 于 1983 年编制,共 14 个条目,包括焦虑和抑郁 2 个亚量表,分别针对焦虑和抑郁问题各 7 个条目。各条目采用 Likert 4 级评分,得分越高焦虑或抑郁程度越重;各亚量表以 8 分为划界分,即 A 或 D 评分 $\geq$ 8 分时,则存在焦虑或抑郁症状。焦虑和抑郁亚量表的 Cronbach's  $\alpha$  系数分别为 0.806 与 0.791<sup>[15]</sup>。

### 1.4 统计学处理

采用 SPSS 21.0 对资料进行统计分析。计量资料用均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,计数资料用频数和百分比表示。用卡方检验进行 2 组间一般数据的均衡性分析,用两独立样本  $t$  检验分别对干预前后 2 组患者心理痛苦、焦虑、抑郁得分进行组间比较,用配对  $t$  检验分别对 2 组患者干预前后心理痛苦、焦虑、抑郁得分进行组内比较,用卡方检验或 Fisher 确切概率法评价 IIFAR 信息护理模式对心理痛苦原因的干预效果。检验水准  $\alpha=0.05$ 。

## 2 结果

### 2.1 基线数据比较

比较 2 组患者的性别、年龄等基线资料,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),说明 2 组基本资料均衡,具有可比性(表 2)。

表 2 基线数据比较 (n, %)

类别	对照组 (n=60)	试验组 (n=57)	$\chi^2$ 值	P 值
性别			3.197	0.074
男	46(76.67)	35(61.40)		
女	14(23.33)	22(38.60)		
年龄/岁			1.286	0.526
$\leq 45$	8(13.33)	10(17.54)		
46~60	33(55.00)	34(59.65)		
$>60$	19(31.67)	13(22.81)		
民族			-	0.496
汉	58(96.67)	57(100.00)		
其他	2(3.33)	0(0.00)		
宗教信仰			0.000	1.000
无	58(96.67)	56(98.25)		
佛教	2(3.33)	1(1.75)		
文化程度			5.647	0.130
小学	10(16.67)	8(14.04)		
初中	30(50.00)	18(31.58)		
高中(中专)	12(20.00)	17(29.82)		
大专及以上	8(13.33)	14(24.56)		
婚姻状况			0.005	0.944
已婚	57(95.00)	53(92.98)		
其他	3(5.00)	4(7.02)		
职业			6.203	0.102
工人	13(21.76)	20(35.09)		
农民	17(28.33)	11(19.30)		
公务员	7(11.67)	12(21.05)		
其他	23(38.33)	14(24.56)		
工作状态			1.724	0.189
未工作	56(93.33)	49(85.96)		
工作中	4(6.67)	8(14.04)		
家庭收入/元			3.371	0.185
2 000 以下	25(41.67)	15(26.32)		
2 000~3 999	23(38.33)	25(43.86)		
4 000 以上	12(20.00)	17(29.82)		
医保类型			2.808	0.094
城镇职工/居民保险	39(65.00)	45(78.95)		
新农合及其他	21(35.00)	12(21.05)		
吸烟状况			0.207	0.116
吸烟	5(8.33)	1(1.75)		
不吸烟	55(91.67)	56(98.25)		
嗜酒状况			0.431	0.315
嗜酒	2(3.33)	4(7.02)		
不嗜酒	58(96.67)	53(92.98)		
肺癌类型			0.016	0.900
非小细胞肺癌	50(83.33)	47(82.46)		
小细胞肺癌	10(16.67)	10(17.54)		
分期			0.297	0.586
I、II、III 期	16(26.67)	17(29.82)		
IV 期	44(73.33)	40(70.18)		
病程/月			0.118	0.943
$<3$	29(48.33)	29(50.88)		
3~12	18(30.00)	17(29.82)		
$\geq 13$	13(21.67)	11(19.30)		
治疗方案			0.425	0.808
同步放化疗	18(30.00)	16(28.07)		
单纯化疗	35(58.33)	32(56.14)		
其他疗法	7(11.67)	9(15.79)		

注: -, Fisher 确切概率法

### 2.2 干预前后 2 组患者的心理痛苦、焦虑、抑郁得分比较

组间分析结果显示,干预前实验组与对照组心理痛苦、焦虑、抑郁得分无统计学差异( $P>0.05$ ),干预后实验组心理痛苦、焦虑、抑郁得分均低于对照组,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。组内分析结果显示,试验组干预后心理痛苦、焦虑、抑郁得分均低于干预前,差异均有统计学意义( $P<0.001$ );对照组干预前后心理痛苦、焦虑、抑郁得分均无统计学差异( $P>0.05$ )(表 3)。

表 3 干预前后 2 组患者心理痛苦、焦虑和抑郁比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	对照组	试验组	t 值	P 值
心理痛苦				
干预前	2.88 ± 1.71	3.33 ± 1.67	-1.439	0.153
干预后	2.70 ± 1.57	1.81 ± 1.16	3.521	0.001
t 值	1.899	9.397		
P 值	0.062	0.000		
焦虑				
干预前	3.25 ± 2.16	3.82 ± 2.19	-1.429	0.156
干预后	3.12 ± 2.16	1.26 ± 1.41	5.519	0.000
t 值	1.211	10.131		
P 值	0.231	0.000		
抑郁				
干预前	5.80 ± 4.36	6.21 ± 4.01	-0.529	0.598
干预后	5.72 ± 4.08	2.74 ± 2.53	4.779	0.000
t 值	0.467	9.148		
P 值	0.642	0.000		

### 2.3 干预前后 2 组患者的心理痛苦原因比较

干预前后引起 2 组患者心理痛苦的前十大原因中,干预前 2 组患者的情绪问题(担忧、恐惧、紧张、睡眠)和身体问题(疼痛、疲乏)都比较突出。干预后,2 组患者身体问题(疲乏、进食等)较突出,特别是疲乏问题不降反增。干预后,相对于对照组,试验组在担忧、睡眠、恐惧、紧张、经济等问题上缓解明显( $P<0.05$ ),在疼痛、疲乏、进食、呼吸、照顾家人等问题上的差异无统计学意义( $P>0.05$ )(表 4)。

## 3 讨论

### 3.1 IIFAR 信息护理模式能缓解情绪问题引起的心理痛苦

本研究中,心理痛苦水平试验组干预后较试验组干预前、对照组干预后明显下降,表明 IIFAR 信息护理模式能减轻肺癌患者的心理痛苦水平。与之前的研究结果类似,信息、支持和沟通在帮助患者应对疾病方面发挥重要作用<sup>[7]</sup>,信息支持和心理干预能减轻癌症患者的疲劳程度和心理痛苦水平<sup>[16]</sup>。

IIFAR 信息护理模式相较于传统健康宣教,可以降低肺癌患者心理痛苦水平的原因可能是健康宣教质量更高,患者对自己的病情相关情况更加了解,能更好地面对疾病及治疗。



表 4 2 组患者心理痛苦原因的频数变化 ( n )

项目	对照组	试验组	P 值
担忧			0.000
缓解	0	32	
无效	30	10	
疼痛			0.386
缓解	0	1	
无效	27	16	
疲乏			0.547
加重	15	14	
无效	15	19	
睡眠			0.001
缓解	0	9	
无效	14	7	
恐惧			0.000
缓解	0	15	
无效	12	0	
紧张			0.001
缓解	5	10	
无效	10	0	
经济			0.006
缓解	0	3	
无效	17	2	
进食			0.333
缓解	0	1	
无效	20	9	
呼吸			0.051
缓解	0	3	
无效	10	4	
照顾家人			0.470
缓解	0	2	
无效	5	5	

由于肺癌患者大多数为中老年人,认知能力下降<sup>[17]</sup>,因此高质量的健康宣教是肺癌患者护理的重要议题。卞秋桂等<sup>[18]</sup>的研究结果发现,患者对传统的健康宣教满意度较低,原因主要包括未了解患者需求、未确认患者是否理解相关知识、时机不合适等问题,IIFAR 信息护理模式则有效地弥补了传统健康宣教的不足。首先,传统健康宣教多为单向灌输式教育<sup>[19]</sup>,高度依赖科室制定的标准健康宣教资料。IIFAR 信息护理模式要求护士评估患者的个体信息需要。近年来已有部分护士开始重视肺癌患者的健康宣教需求,根据个人需求制定的健康宣教能有效改善患者的心理问题<sup>[20]</sup>。其次,在传统的健康宣教中,往往存在护士对患者身心状况或者感知能力不了解时就进行健康宣教的问题<sup>[18]</sup>,患者不能很好地掌握相关知识。把握合适的时机能提高健康宣教的效果<sup>[21]</sup>。IIFAR 信息护理模式要求护士根据患者的情绪与认知,在合适的时间针对缺乏的信息进行宣教。在宣教过程中,基于 IIFAR 模式的信息护理要求护士把疾病大方面的信息分成一个个小的信息包,再逐一传递给患者,减轻记忆难度,而不是一次

性地传递给患者大量信息,符合人接收信息的规律。最后,相比传统宣教,IIFAR 信息护理模式增加了宣教后信息核对与反应的环节。由于年老化,患者近期记忆下降,更容易前教后忘,产生错误记忆<sup>[22]</sup>,信息核对与反应可以保证患者对知识的正确理解与掌握。IIFAR 信息护理模式通过固定、系统的 4 个步骤,使得健康宣教更加专业化,这也要求护士自身对宣教内容高度掌握,进而提供高质量的信息护理。

另外,比较干预前后 2 组患者的心理痛苦原因可知,在引起患者心理痛苦的前十大原因中,相较于对照组,试验组在担忧、睡眠、恐惧、紧张、经济问题上有所缓解,而其中担忧、睡眠、恐惧、紧张问题都属问题列表中的情绪问题,说明 IIFAR 信息护理模式对肺癌患者情绪问题引起的心理痛苦有较好的改善效果。但是,干预前后由于疾病的进展和放化疗等副作用,2 组患者仍存在较多疼痛、疲乏等身体问题,特别是疲劳问题不减反增,这提示 IIFAR 信息护理模式对此类身体问题导致的心理痛苦干预效果有限,需要更多的医疗干预,在后续研究中可考虑 IIFAR 信息护理模式与其他医疗手段相结合,以进一步探讨 IIFAR 信息护理模式的必要性。最后,有研究认为在传统健康宣教中,即使癌症患者收到了许多疾病相关信息,但仍非常缺乏相关心理支持信息<sup>[23]</sup>。IIFAR 信息护理模式可根据患者的心理需求,通过提供情绪管理等知识缓解患者的心理痛苦。

### 3.2 IIFAR 信息护理模式能有效缓解肺癌患者的焦虑、抑郁情绪

本研究中,焦虑、抑郁水平试验组干预后较对照组干预前、对照组干预后明显下降,证明 IIFAR 信息护理模式能有效缓解肺癌患者的焦虑、抑郁情绪。现有研究表明,支持性的护理能改善患者的负性情绪和生活质量<sup>[24]</sup>,基于治疗、饮食和康复相关信息能减轻患者的抑郁情绪<sup>[8]</sup>。IIFAR 信息护理模式能缓解患者焦虑、抑郁情绪的原因可能有两点。其一,IIFAR 信息护理模式下的健康宣教质量更高,能满足患者的信息需求,从而缓解患者的焦虑抑郁情绪。有研究表明,医疗系统的信息需求是肺癌患者最大的需求之一<sup>[25]</sup>,同时信息需求也是肺癌患者未满足的最高需求之一,与患者的焦虑水平呈正相关关系<sup>[9]</sup>。相对于情感支持,肺癌患者更关注癌症信息的提供<sup>[26]</sup>,为肺癌患者提供相关信息是肺癌照护的重要手段<sup>[7]</sup>。不过,值得注意的是,有研究指出在对干预后有准确理解的患者中,患者及其照顾者的焦虑和抑郁水平显著升高,需要提供给患者有效的心理支持<sup>[27]</sup>。其

二,相对传统健康宣教中无差别的统一宣教,IIFAR 信息护理使患者感受到了来自医务人员的关注和社会支持,患者在情感上得到安慰,缓解了患者的焦虑抑郁情绪,有研究提出老年癌症患者缺乏社会支持是抑郁的危险因素<sup>[28]</sup>,提供信息能帮助患者应对癌症并给予他们情感上的支持<sup>[29]</sup>,改善癌症患者的生活质量和情绪<sup>[30]</sup>。因此,IIFAR 信息护理模式通过直接提供信息和与间接的情感支持缓解了肺癌患者的焦虑抑郁情绪。

#### 4 小 结

本研究从肺癌患者的疾病需要和肿瘤科护士的实际临床应用出发,采取了易于实施的 IIFAR 信息护理模式,并在肺癌患者的心理痛苦和焦虑抑郁情绪干预方面取得了良好的效果。但本研究存在 IIFAR 信息护理模式对身体问题引起的心理痛苦改善不佳、时间成本较高等不足,仍需要更多的、更深入的研究来验证 IIFAR 信息护理模式的有效性。

#### 参 考 文 献

- [1] 王永川,魏丽娟,刘俊田,等. 发达与发展中国家癌症发病率与死亡率的比较与分析[J]. 中国肿瘤临床,2012,39(10):679-682.
- [2] 牟倩倩,余春华,李俊英. 肺癌初治患者心理痛苦的现状调查及相关因素分析[J]. 北京大学学报(医学版),2016,48(3):507-514.
- [3] 王彩丽,王春妃. 心理干预与健康教育支持对老年肺癌患者癌痛及生活质量的影响[J]. 中国老年学杂志,2015,35(17):4893-4895.
- [4] Vijayvergia N,Shah PC,Denlinger CS. Survivorship in non-small cell lung cancer:challenges faced and steps forward[J]. J Natl Compr Canc Netw,2015,13(9):1151-1161.
- [5] Sullivan DR,Ganzini L,Duckart JP,et al. Treatment receipt and outcomes among lung cancer patients with depression[J]. Clin Oncol(R Coll Radiol),2014,26(1):25-31.
- [6] 吕俭霞,高 静,吴晨曦,等. 肺癌患者心理痛苦的研究进展[J]. 医学与哲学,2017,38(22):61-65.
- [7] Fitch M. The changing face of lung cancer:survivor perspectives on patient engagement[J]. Asia Pac J Oncol Nurs,2019,6(1):17-23.
- [8] Tian J,Jia LN,Cheng ZC. Relationships between patient knowledge and the severity of side effects,daily nutrient intake,psychological status,and performance status in lung cancer patients[J]. Curr Oncol,2015,22(4):e254-e258.
- [9] Chen S,Chiou S,Yu C,et al. The unmet supportive care needs—what advanced lung cancer patients' caregivers need and related factors[J]. Support Care Cancer,2016,24(7):2999-3009.
- [10] Sung MR,Patel MV,Djalalov S,et al. Evolution of symptom burden of advanced lung cancer over a decade[J]. Clin Lung Cancer,2017,18(3):274-280.
- [11] 袁小萍,吴建红,刘春英,等. 患者对信息护理式健康教育的认识与需求[J]. 中国实用护理杂志,2014,30(15):66-67.
- [12] 尼科尔斯. 临床心理护理指南[M]. 刘晓虹,吴 菁,译. 北京:中国轻工业出版社,2007:117-143.
- [13] 褚 倩,于世英. NCCN 忧伤治疗临床指引(2007.1 版)[J]. 循证医学,2007,7(1):38-53.
- [14] 张叶宁,张海伟,宋丽莉,等. 心理痛苦温度计在中国癌症患者心理痛苦筛查中的应用[J]. 中国心理卫生杂志,2010,24(12):897-902.
- [15] 郑磊磊,王也玲,李惠春. 医院焦虑抑郁量表在综合性医院中的应用[J]. 上海精神医学,2003,15(5):264-266.
- [16] Bouma G,Admiraal LM,de Vries EGE,et al. Internet-based support programs to alleviate psychosocial and physical symptoms in cancer patients:a literature analysis[J]. Crit Rev Oncol Hematol,2015,95(1):26-37.
- [17] 赵连生,王英成,韦锦学,等. 性别、年龄、教育年限及多巴胺受体 4 基因多态性与成人认知功能的关联研究[J]. 中华医学遗传学杂志,2015,32(3):391-394.
- [18] 卞秋桂,林 征,罗 丹,等. 以 IIFAR 为基础的信息支持对炎症性肠病患者疾病不确定感的影响[J]. 护士进修杂志,2019,34(9):781-785.
- [19] 潘翠柳,张 双,张志茹. 回授法在护理健康教育中的应用现状[J]. 护理学杂志,2016,31(14):110-112.
- [20] 李 静,黄李华,俞 瑛. 肺癌患者靶向治疗期间健康教育内容需求的调查[J]. 上海护理,2016,16(6):5-8.
- [21] 徐 梅,王秀珍,刘大响,等. 不同宣教时机对甲状腺手术患者宣教效果的影响[J]. 广东医学,2017,38(5):814-816.
- [22] 刘凤英,姚志刚. 错误记忆年老化的认知与神经机制[J]. 应用心理学,2018,24(1):41-51.
- [23] Faller H,Koch U,Braehler E,et al. Satisfaction with information and unmet information needs in men and women with cancer[J]. J Cancer Surviv,2016,10(1):62-70.
- [24] Lehto RH. Psychosocial challenges for patients with advanced lung cancer:interventions to improve well-being[J]. Lung Cancer (Auckl),2017,8:79-90.
- [25] Liao Y,Liao W,Shun S,et al. Symptoms,psychological distress, and supportive care needs in lung cancer patients[J]. Support Care Cancer,2011,19(11):1743-1751.
- [26] Devitt B,Hatton A,Baravelli C,et al. What should a support program for people with lung cancer look like? Differing attitudes of patients and support group facilitators[J]. J Thorac Oncol,2010,5(8):1227-1232.
- [27] Sato T,Soejima K,Fujisawa D,et al. Prognostic understanding at diagnosis and associated factors in patients with advanced lung cancer and their caregivers[J]. Oncologist,2018,23(10):1218-1229.
- [28] Wiesel TRW,Nelson CJ,Tew WP,et al. The relationship between age,anxiety,and depression in older adults with cancer[J]. Psychooncology,2015,24(6):712-717.
- [29] Schook RM,Linssen C,Schramel FM,et al. Why do patients and caregivers seek answers from the internet and online lung specialists? A qualitative study[J]. J Med Internet Res,2014,16(2):e37.
- [30] Nipp RD,El-Jawahri A,Fishbein J N,et al. The relationship between coping strategies,quality of life,and mood in patients with incurable cancer[J]. Cancer,2016,122(13):2110-2116.

(责任编辑:冉明会)