

doi:10.3969/j.issn.1009-6469.2019.06.036

◇临床医学◇

短期医护社工一体化模式心理干预对永久性肠造口病人心理及生活质量的影响

李洪娟,汪秀云,李林娟,牟倩倩,刘晓菊,李燕

作者单位:四川大学华西医院肿瘤中心腹部肿瘤科,四川 成都 610041

基金项目:四川省卫生计生委科技项目(150131)

摘要:目的 探讨短期医护社工一体化模式心理干预对永久性肠造口病人心理及生活质量的影响。方法 选择2016年3月至2017年2月四川大学华西医院接受放化疗的永久性肠造口病人105例,按病区分为治疗组及对照组。对照组实施常规护理,治疗组在常规护理的同时增加医护社工一体化模式心理干预。使用心理痛苦筛查工具(DMSM)、医院焦虑抑郁量表(HADS)、生存质量量表(EORTC QLQ-C30)比较两组干预前后心理痛苦、焦虑、抑郁、生活质量的差异。结果 干预后治疗组病人心理痛苦得分、焦虑得分、抑郁得分、生活质量中失眠得分分别为 (3.04 ± 1.84) 、 (6.62 ± 4.03) 、 (6.18 ± 4.11) 、0.00(33.33)分,低于对照组,差异有统计学意义(均 $P < 0.05$),治疗组病人整体生活质量得分、情绪功能得分分别为75.00(16.67)、83.33(25.00)分,高于对照组,差异有统计学意义(均 $P < 0.05$)。结论 医护社工一体化模式心理干预可以降低永久性造口放化疗病人的心理痛苦、焦虑、抑郁水平,缓解病人失眠症状。

关键词:永久性肠造口; 结构式心理干预; 心理痛苦; 生活质量; 对照研究

Effect of short-term physician-nurse-social worker collaborative structural psychological intervention on emotional distress and quality of life in permanent colostomy patients

LI Hongjuan, WANG Xiuyun, LI Linjuan, MOU Qianqian, LIU Xiaojie, LI Yan

Author Affiliation: Department of Abdominal Cancer, West China Hospital of Sichuan University, Chengdu, Sichuan 610041, China

Abstract: **Objective** To evaluate the effect of short-term physician-nurse-social worker collaborative structural psychological intervention on emotional distress and quality of life in permanent colostomy patients in West China Hospital of Sichuan University. **Methods** A total of 105 patients with permanent colostomy undergoing chemoradiotherapy in West China Hospital of Sichuan University from March 2016 to February 2017 were recruited and randomly assigned into the experimental group and the control group according to different wards. The control group was given routine nursing, while the experimental group received physician-nurse-social worker collaborative structural psychological intervention on the basis of routine nursing. The differences of psychological pain, anxiety, depression and quality of life between the two groups were compared by distress management screening measure (DMSM), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and quality of life questionnaire-core 30 (EORTC QLQ-C30) before and after intervention. **Results** After intervention, the scores of DMSM, HADS-A, HADS-D and insomnia in experimental group were (3.04 ± 1.84) , (6.62 ± 4.03) , (6.18 ± 4.11) , and 0.00 (33.33), respectively, which were lower than those in the control group, and the differences were statistically significant (all $P < 0.05$). The scores of quality of life, emotion function in experimental group were 75.00 (16.67), 83.33 (25.00), respectively, which were higher than those in the control group, and the differences were statistically significant (all $P < 0.05$). **Conclusion** Physician-nurse-social worker collaborative structural psychological intervention could reduce distress, anxiety and depression of permanent colostomy patients undergoing chemoradiotherapy, and alleviate the symptoms of insomnia.

Key words: Permanent colostomy; Structural psychological intervention; Distress; Quality of life; Controlled studies

直肠癌是消化道常见的恶性肿瘤之一,目前我国临床上就诊时处于中晚期的直肠癌病人占70%以上,其中约20%~30%的直肠癌病人需行腹会阴联合直肠癌根治术(miles手术),终生使用人工肛

口^[1]。miles术后辅助放化疗病人还未能适应人工肛门,又要承担恶心、呕吐、骨髓抑制等放化疗副反应,易产生焦虑、抑郁等一系列心理问题,生活质量受到极大影响^[2-4]。2013年美国国立综合癌症网络

(National Comprehensive Cancer Network, NCCN)指出心理痛苦是由多种因素引起的不愉快的情感体验,包括心理(认知、行为、情感)、社会和(或)精神本质上的体验,这些体验可能会影响病人有效地应对癌症、身体症状及治疗的能力^[5]。然而癌症相关的心理痛苦往往被忽视,Holland等^[6]指出40%的癌症病人存在严重的心理痛苦,却仅有不足10%病人接受了社会心理帮助;Jacobsen等^[7]研究显示:75%以上的癌症病人存在心理问题,但未接受干预。基于此,本研究针对永久性肠造口化疗病人,构建了一种新的适用于临床的心理干预模式,以探讨其在缓解永久性肠造口化疗病人心理痛苦中的应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用便利抽样,选取2016年3月至2017年2月首次至四川大学华西医院肿瘤中心接受放化疗的永久性肠造口病人105例作为研究对象。纳入标准:①年龄范围18~75岁;②病理诊断为直肠癌;③已接受腹会阴联合直肠癌根治术(miles术);④心理痛苦温度计(Distress Thermometer, DT)评分 ≥ 1 分;⑤对所患疾病知情;⑥简易智能精神状态检查量表(Simple Intelligent Mental State Examination Scale, MMSE)得分 ≥ 27 分;⑦卡氏(KPS)评分 ≥ 70 分;⑧征得病人或其近亲属同意并签署知情同意书。排除标准:①有自杀倾向的自杀评估得分 ≥ 6 分者;②已参加其他临床试验研究;③有痴呆病史、语言沟通障碍、精神异常或其他原因而无法交流者。剔除标准:①调查问卷资料缺失 $\geq 10\%$ 条目者;②失访病人。为防止组间影响,按病区进行分组,其中B区为治疗组,纳入53例,A区为对照组,纳入52例。研究过程中治疗组失访3例,对照组失访2例。本研究符合《世界医学协会赫尔辛基宣言》相关要求,对照组在试验结束后,接受相同的干预。

1.2 研究方法 对照组按常规护理,包括入院宣教、疾病知识教育、化疗相关指导等,由责任护士在日常治疗护理工作中完成。治疗组在常规护理的同时增加医-护-社工一体化结构式心理干预,干预内容统一制定,并形成临床路径。具体实施措施如下。

1.2.1 组建医-护-社工一体化心理关爱小组 科室主任1名,为小组主要负责人;护士长1名,负责统筹安排护理工作;心理专科医生1名,护士3名,均取得3级心理咨询师证书,是经过医院统一培训的“阳光天使”(临床心理工作者),具有1年以上心

理学相关临床工作经验,负责参与病人的心理指导;伤口专科护士2名,负责病人住院期间肠造口管理及健康宣教;医务社工4名,持有《社会工作者职业水平证书》《国家三级心理咨询师证书》,为科室常驻社工人员,负责联合医务人员,综合利用其他资源为病人及家属提供专业服务。

1.2.2 伤口护士个体化健康教育 病人入院24 h内,伤口专科护士评估病人造口情况;入院第1~3天,伤口护士全程监督病人或家属独立更换造口袋。综合情况判断病人造口自护能力,进行面对面的个体化肠造口自我管理指导30~60 min。同时发放健康教育手册,内容包括造口的概念及类型、造口的评估、造口用品的介绍和使用方法、造口护理的流程、造口并发症的护理、造口的日常护理等。

1.2.3 医务社工增强病人社会支持 病人入院第2天,医务社工至病人床旁引领病人思维转换,即将消极思维转化为积极思维。示范如下:佩带造口袋感到自卑(消极思维)→佩带造口袋挽救了我的生命(积极思维);造口是一个极大的缺陷(消极思维)→造口像是我身上的一个器官,我和其他人没什么不同(积极思维)。发放思维转换记录手册,嘱病人将不良情绪及思维转换过程记录在手册上,之后病人每次入院第2天由医务社工检查。住院期间,医务社工每周开展互助支持小组活动1次,如生日会、摄影展示等。建立病人及家属的微信交流群,交流内容包括疾病知识、化疗、疼痛、营养、互助鼓励等。医务社工还可通过社会资源链接,为病人进行网上募捐并联合慈善总会为病人申请经济援助等,如三方联合以微信的方式进行网上募捐。

1.2.4 家庭座谈会 科室心理关爱小组每周二、周四16:00~17:00在B区心理访谈室召开家庭座谈会,干预对象为治疗组病人及其一名主要陪护者,参与人员控制在14人以内。座谈会主要内容:①主持人向病人和家属讲解家庭对疾病的影响作用,社会支持的重要性;②引导病人和家属围绕疾病的变化和自我情绪进行交流,鼓励相互情感的表达;③主持人总结,引导病人家属建立良好的沟通氛围。治疗组病人每个治疗期间参与一次家庭会谈,本研究持续干预病人3个化疗周期,即病人共参与三次家庭会谈。

1.2.5 放松训练 科室心理关爱小组成员每周一、周三16:00~16:30在B区示教室指导病人放松训练。干预对象为治疗组病人及其一名主要陪护者,参与人员控制在14人以内。具体方法为:①嘱病人及家属取舒适的体位;②在轻音乐背景下,引

导病人双眼闭合,采用腹式呼吸,通过鼻子缓慢深吸气,然后将口唇缩成口哨状缓慢呼气。吸呼比1:2,每次呼吸时间10~15 s,持续大约10 min后缓慢睁眼,静坐数分钟。治疗组病人每次住院至少参与一次放松训练,并要求病人每天睡前自行练习1次。使用的音乐为轻音乐。治疗组病人每个治疗期间参与一次放松训练,共3次。

1.3 观察指标 (1)一般人口学资料表:自行设计资料表,包括性别、年龄、居住地、文化程度、婚姻状况、宗教信仰、职业、经济收入、付费方式等。(2)心理痛苦筛查工具(Distress Management Screening Measure, DMSM):评估病人心理痛苦情况,由两部分组成,①心理痛苦温度计(Distress Thermometer, DT),包括0~10分的11个尺度。其中0分表示无痛苦,10分为极度痛苦。②心理痛苦相关因素调查表(Problem List, PL),包括5个维度,共39个条目。(3)医院焦虑抑郁量表(HADS):评估病人焦虑(HADS-A)、抑郁程度(HADS-D),本研究中该量表Cronbach's α 系数为0.86。(4)欧洲癌症治疗与科研组生存质量量表(EORTC QLQ-C30):评估病人生活质量,该问卷为自我报告形式,共30个项目。

1.4 评价方法 将一般人口学资料表、DMSM、HADS、EORTC QLQ-C30四份问卷装订成册,由心理关爱小组护士在病人入院8 h内统一进行基线调查。同一份问卷在4个月后再次发放(联系病人返回病房)。问卷当场收回并检查,如有遗漏项目,当场补齐。

1.5 统计学方法 采用SPSS 20.0进行数据录入及统计处理。连续变量采用 t 检验;若方差不齐或数据非正态,则使用Wilcoxon rank sum test秩和检验;分类数据采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组永久性肠造口病人一般资料比较 本研究发现,完成所有结果评价的有效样本100例,其中治疗组50例,对照组50例。两组病人一般资料比较,差异无统计学意义(均 $P > 0.05$),具有可比性,见表1。

2.2 两组永久性肠造口病人干预前后DT得分比较 干预前,两组病人DT得分差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性;干预后,治疗组病人DT得分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);同组治疗前后对比,治疗组干预后DT得分低于干预前,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

表1 永久性肠造口病人100例一般资料比较

一般资料	对照组 ($n = 50$)	治疗组 ($n = 50$)	$t(\chi^2)$ 值	P 值
性别/例(%)			(0.178)	0.833
男	34(68.0)	32(64.0)		
女	16(32.0)	18(36.0)		
年龄/(岁, $\bar{x} \pm s$)	53.72 $\pm$ 11.73	52.58 $\pm$ 10.00	0.523	0.602
文化程度/例(%)			(0.934)	0.645
小学及以下	9(18.0)	7(14.0)		
中学	30(60.0)	28(36.0)		
大学及以上	11(22.0)	15(30.0)		
婚姻状况/例(%)			(0.612)	0.834
已婚	43(86.0)	42(84.0)		
离异	4(8.0)	6(12.0)		
丧偶	3(6.0)	2(4.0)		
肿瘤分期/例(%)			(0.175)	0.927
Ⅱ	7(14.0)	8(16.0)		
Ⅲ	17(34.0)	18(36.0)		
Ⅳ	26(52.0)	24(48.0)		
造口术后时间/例(%)			(0.345)	0.916
<2个月	31	32		
2~3个月	11	12		
>3个月	8	6		
造口术后时间/ (月, $\bar{x} \pm s$)	1.88 $\pm$ 0.63	1.96 $\pm$ 0.57	-0.067	0.506
治疗方案/例(%)			(0.244)	0.907
FOLFOX/FOLFIRI/ XELOX + 放疗	27(54)	25(50)		
FOLFOX/FOLFIRI/ XELOX + 贝伐单抗	20(40)	21(42)		
FOLFOX/FOLFIRI/ XELOX	3(6)	4(8)		

注:FOLFOX为奥沙利铂+亚叶酸钙+氟尿嘧啶;FOLFIRI为伊立替康+亚叶酸钙+氟尿嘧啶;XELOX:奥沙利铂+卡培他滨

表2 永久性肠造口病人100例干预前后
心理痛苦得分比较/(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	干预前	干预后	t 值	P 值
对照组	50	4.40 $\pm$ 2.39	4.02 $\pm$ 2.31	0.806	0.422
治疗组	50	4.48 $\pm$ 2.40	3.04 $\pm$ 1.84	3.366	0.001
t 值		0.167	-2.342		
P 值		0.086	0.021		

2.3 两组永久性肠造口病人干预后心理问题比较 对两组病人干预后心理问题列表进行比较,其中情绪问题中的紧张、担忧,家庭问题中的处理与其他家庭成员关系,以及躯体问题中的外表、睡眠较对照组有明显好转,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表3。

表3 干预后永久性肠造口病人100例心理问题比较/例

项目	对照组 ($n=50$)	治疗组 ($n=50$)	χ^2 值	P 值
紧张			10.667	0.001
是	28	12		
否	22	28		
担忧			7.890	0.005
是	30	16		
否	20	34		
处理与其他家庭成员关系			5.005	0.025
是	9	2		
否	41	48		
外表			13.500	0.000
是	39	21		
否	11	29		
睡眠			5.198	0.039
是	18	8		
否	32	42		

2.4 两组永久性肠造口病人干预前后焦虑、抑郁得分比较 干预前两组病人焦虑、抑郁得分差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性;干预后,治疗组病人焦虑及抑郁得分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表4。

2.5 两组永久性肠造口病人干预前后生活质量得分比较 干预前两组病人EORTC QLQ-C30得分差

表4 永久性肠造口病人100例干预前后焦虑、抑郁得分比较/(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	HADS-A	HADS-D
对照组	50	干预前	9.16 ± 4.29	8.58 ± 4.39
		干预后	8.46 ± 4.15	7.86 ± 4.27
治疗组	50	干预前	9.12 ± 4.26	8.44 ± 4.49
		干预后	6.62 ± 4.03	6.18 ± 4.11
组间干预前 <i>t</i> 值, <i>P</i> 值			-0.047, 0.963	-0.157, 0.875
组间干预后 <i>t</i> 值, <i>P</i> 值			-2.247, 0.027	-2.002, 0.048

异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性;干预后,治疗组病人 EORTC QLQ-C30 中的情绪功能、整体生活质量得分高于对照组,失眠得分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表5。

3 讨论

本研究显示,干预前两组病人无论在心理痛苦得分、焦虑抑郁得分均差异无统计学意义($P > 0.05$)。干预后,治疗组病人心理痛苦得分、焦虑抑郁得分低于对照度,差异有统计学意义($P < 0.05$)。心理问题列表中,情绪问题中的紧张、担忧,家庭问题中的处理与其他家庭成员关系,以及躯体问题中的外表、睡眠较对照组有明显好转,差异有统计学意义($P < 0.05$)。表明医护社工一体化模式下,以个体化健康教育、医务社工增强病人社会支持、家庭会谈、放松训练为主的短期结构式干预可以改善永久性肠造口病人的心理痛苦、焦虑、抑郁水平。

表5 永久性肠造口病人100例干预前后生活质量得分比较/[分,中位数(四分位数间距)]

项目	对照组($n=50$)		治疗组($n=50$)		组间干预前		组间干预后	
	干预前	干预后	干预前	干预后	Z 值	P 值	Z 值	P 值
躯体功能(PF)	83.33(33.33)	86.67(28.33)	86.67(26.67)	90.00(26.67)	-0.126	0.900	-0.811	0.417
角色功能(RF)	66.67(33.33)	75.00(33.33)	66.67(33.33)	83.33(16.67)	-0.099	0.921	-0.739	0.460
认知功能(CF)	100.00(0.00)	100.00(0.00)	100.00(4.17)	100.00(0.00)	-0.646	0.518	-0.541	0.589
社会功能(SF)	50.00(16.67)	66.67(16.67)	50.00(16.67)	50.00(33.33)	-0.080	0.936	-0.989	0.323
情绪功能(EF)	66.67(33.33)	75.00(25.00)	75.00(25.00)	83.33(25.00)	-0.010	0.992	-2.091	0.037
整体生活质量(QL)	58.33(33.33)	66.67(16.67)	66.67(33.33)	75.00(16.67)	-0.579	0.551	-2.439	0.015
疲乏(FA)	33.33(22.22)	27.78(22.22)	33.33(22.22)	22.22(22.22)	-0.107	0.915	-1.432	0.152
恶心、呕吐(NV)	0.00(16.67)	0.00(16.67)	0.00(16.67)	0.00(16.67)	-0.249	0.803	-0.189	0.850
疼痛(PA)	0.00(16.67)	0.00(16.67)	0.00(16.67)	0.00(16.67)	-0.372	0.710	-0.013	0.990
呼吸困难(DY)	0.00(0.00)	0.00(0.00)	0.00(0.00)	0.00(0.00)	-0.230	0.818	-0.348	0.728
失眠(SL)	33.33(66.67)	33.33(41.67)	33.33(66.67)	0.00(33.33)	0.219	0.827	-2.111	0.035
便秘(CO)	0.00(0.00)	0.00(0.00)	0.00(0.00)	0.00(0.00)	-0.359	0.720	-0.025	0.980
腹泻(DI)	33.33(66.67)	33.33(66.67)	33.33(66.67)	33.33(66.67)	-0.039	0.969	-1.691	0.091
食欲丧失(AP)	33.33(66.67)	33.33(66.67)	33.33(66.67)	0.00(33.33)	-0.675	0.500	-1.571	0.116
经济困难(FI)	33.33(66.67)	33.33(66.67)	33.33(66.67)	33.33(66.67)	-0.470	0.638	-0.828	0.408

结构性心理干预是在生物-心理-社会模式理论指导下,以心理支持为基础,小组干预为形式,将应激处理、健康教育与应对技巧有机整合在一起而形成的一种适合临床应用的综合性心理干预方法^[8]。有学者^[9]将结构式心理干预应用于诱导期血液透析治疗的尿毒症病人,证实结构式心理干预能改善透析病人诱导期的焦虑抑郁情绪。陆美芹等^[10]研究表明,结构式心理干预可有效减轻中青年肝癌病人自我感受负担。永久性肠造口病人需要对肠造口进行长期的自我管理。齐越等^[11]指出造口是一种严重的负性事件,会致使病人产生持续的不良应激,对病人的家庭和社会功能产生严重影响。研究证实,自我护理能力对病人的造口适应及身心康复等起着非常重要的作用^[12-13],获得疾病相关知识能够帮助病人应对内心的不确定感,缓解焦虑情绪^[14-15]。本研究,治疗组在外科手术时已接受了肠造口自我管理指导,具有一定肠造口自我护理能力,伤口护士通过监督病人或家属更换造口袋评估病人自我护理能力,查漏补缺,进行个体化指导,并发放健康教育手册,以帮助病人正确识别、处理肠造口并发症,提高了病人造口自我护理能力,从而降低了病人因自护能力不足导致的心理痛苦、焦虑、抑郁。Spiegel等^[16]研究证明:社会心理支持可抑制癌症的进展。本研究中,医务社工增强了病人社会支持,社工通过对病人进行思维转换训练,可引导病人通过识别不良认知并进行积极意义的转换,使病人能多运用积极的思维方式思考。另外家庭会谈强化了病人家庭支持,从而改善病人的心理痛苦、焦虑、抑郁,与李一花^[17]的研究一致。

在生活质量上,干预前两组病人 EORTC QLQ-C30 得分差异无统计学意义($P > 0.05$);干预后,治疗组病人 EORTC QLQ-C30 中失眠得分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),治疗组病人整体生活质量得分、情绪功能得分高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。表明医护社工一体化短期结构式心理干预可以改善病人情绪功能,缓解病人失眠症状。病人情绪功能得到改善,与上述结果一致。睡眠质量得到改善,可能与治疗组病人坚持放松训练有关,与罗宇玲等^[18]的研究结果一致。但在其他各领域与对照组差异无统计学意义,这可能与本次干预时间较短有关。两组病人在症状领域尤其是结直肠癌病人常见的便秘腹泻症状上无明显改善,与易鸣等^[19]研究一致,表明永久性肠造口病人需长期面临这些症状的挑战^[20]。

综上所述。本研究采用医护社工一体化模式,将健康教育、思维转换、家庭会谈、放松训练有机整合在一起,有效改善了永久性肠造口病人心理痛苦,减轻病人焦虑、抑郁,缓解病人失眠症状,可在临床中推广应用。但本研究由于时间有限,纳入样本量较少,只进行了短期的结构式心理干预,仅调查了病人近期的心理、生活质量,未进行远期追踪与评价。在未来研究中可考虑大样本研究,而在研究方案上应考虑更长时间的干预周期,并进行远期的心理、生活质量追踪评价,以了解远期效果。

参考文献

- [1] 陈孝平. 外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:619.
- [2] 张麒. 老年结直肠癌患者手术并发症情况和影响因素分析[J]. 安徽医药,2015,19(6):1169-1170.
- [3] BRINTZENHOFE-SZOC KM, LEVIN TT, LI YL, et al. Mixed anxiety/depression symptoms in a large cancer cohort: prevalence by cancer type[J]. Psychosomatics, 2009, 50(4):383-391.
- [4] 汪翠云, 俞士卉, 鲁慧兰, 等. 治疗性沟通系统对永久性肠造口患者自我护理能力的影响[J]. 安徽医药, 2013, 17(12):2164-2166.
- [5] National Comprehensive Cancer Network. Distress management clinical practice guidelines[J]. J Natl Compr Canc Netw, 2003, 1(3):344-374.
- [6] HOLLAND JC, ANDERSEN B, BREITBART WS, et al. Distress Management[J]. J Natl Compr Canc Netw, 2010, 8(4):448-485.
- [7] JACOBSEN PB, JIM HS. Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: achievements and challenges[J]. CA Cancer J Clin, 2008, 58(4):214-230.
- [8] 张丽. 结构式心理干预对腹腔镜手术患者不良情绪和应激反应的影响[J]. 临床护理杂志, 2017, 16(2):19-21.
- [9] 张凤, 徐萍飞. 结构式心理干预对诱导期血液透析患者负性情绪的影响[J]. 中国基层医药, 2017, 24(5):732-735.
- [10] 陆美芹, 张玲, 陆勤美, 等. 结构式心理干预对中青年肝癌病人自我感受负担的影响[J]. 护理研究, 2015, 29(15):1847-1849.
- [11] 齐越, 秦杰, 邱坤鹏, 等. 短信教育对直肠癌结肠造口术后患者焦虑和自理能力的影响[J]. 解放军护理杂志, 2013, 30(10):10-12, 21.
- [12] KINGSLEY L, SIMMON S. A view from here psychosocial issues in colostomy care[J]. J Wound Ostomy Continence Nurs, 2014, 41(1):55-59.
- [13] 薛盈川, 刘晓鸿, 陆薇, 等. 自我管理教育对永久性结肠造口患者自我护理能力的影响[J]. 中华护理杂志, 2011, 46(8):753-755.
- [14] LI WW, LAM WW, AU AH, et al. Interpreting differences in patterns of supportive care needs between patients with breast cancer and patients with colorectal cancer[J]. Psychooncology, 2013, 22(4):792-798.
- [15] CHOW KM, CHAN CW, CHAN JC, et al. A feasibility study of a psychoeducational intervention program for gynecological cancer