

叙事护理联合正念干预对晚期肿瘤患者志气缺失综合征的影响

韦彩江

河池市人民医院 广西 河池 547000

【摘要】：目的：探讨叙事护理联合正念干预对晚期肿瘤患者志气缺失综合征的影响。方法：90例晚期肿瘤患者随机分为观察组与对照组各45例，对照组予常规护理，观察组加用叙事护理联合正念干预8周，比较两组失志、希望、生命意义感、焦虑抑郁及生命质量评分。结果：干预8周，观察组失志总分低于对照组 $[(25.63 \pm 7.14) \text{ 分} \text{ 比} (34.87 \pm 8.42) \text{ 分}, P < 0.001, \text{Cohen's } d = 1.18]$ ，各维度及焦虑、抑郁评分均低于对照组，希望、生命意义感存在意义维度及生命质量总分均高于对照组 $(P < 0.05 \text{ 或 } P < 0.001)$ 。结论：该联合干预可缓解晚期肿瘤患者的志气缺失综合征，改善情绪与生活质量，提升希望水平与生命意义感，安全性好。

【关键词】：晚期肿瘤；志气缺失综合征；叙事护理；正念干预；希望水平；生命意义感

0 引言

随着肿瘤诊疗水平的提升，晚期肿瘤患者的生存期不断延长，其心理社会需求日益受到关注^[1]。志气缺失综合征

(demoralization syndrome) 又称失志综合征，是指个体在面对无法摆脱的应激时所产生的一组以无助感、无望感、无意义感和生存意志丧失为核心特征的临床综合征，与抑郁既有重叠又有区别，其核心在于“存在意义的丧失”而非单纯的快感缺失^[2-3]。晚期肿瘤患者因疾病进展、治疗不良反应、躯体功能下降及死亡威胁的持续存在，成为志气缺失综合征的高危人群。国外研究报道，晚期肿瘤患者志气缺失的发生率为20%~50%^[4]；国内研究显示，晚期肿瘤患者失志水平处于中等偏上程度，且与希望水平、生命意义感呈负相关，与焦虑、抑郁及心理痛苦呈正相关^[5-6]。志气缺失不仅加重患者的心理痛苦，还会降低治疗依从性、影响医患沟通质量，甚至增加自杀风险与家属的哀伤负担^[3]。

目前针对志气缺失综合征的干预主要包括药物治疗、意义疗法、尊严疗法及心理支持等。药物治疗对以存在意义丧失为核心的志气缺失效果有限，且晚期肿瘤患者常因躯体状况难以耐受药物不良反应^[4]。叙事护理以叙事医学理论为基础，通过倾听、外化、改写与见证等技术，帮助患者将碎片化的疾病经历重构为连贯的生命故事，在叙事中重新发现自身的价值、资源与生命意义，已广泛应用于肿瘤患者的心理护理^[7]。正念干预通过培养个体对当下经验的非评判性觉察，帮助患者与痛苦体验建立新的关系，从而降低反刍思维与回避行为，改善情绪调节能力，在肿瘤人群中可有效缓解焦虑、抑郁与心理痛苦^[8]。

叙事护理侧重“重构意义”，正念干预侧重“容纳痛苦”，两者在作用机制上互补：正念训练培养的觉察与接纳能力，有助于患者在叙事过程中更平静地面对疾病经历、减少情绪性回避；而叙事所带来的意义重构，又可巩固正念练习中获得的心理资源，形成“觉察—接纳—重构—赋能”的良性循环^[7,9]。然而，将两者联合应用于晚期肿瘤志气缺失综合征的报道尚少，且现有研究多采用单一量表评价，缺乏对志气缺失各维度、希望水平、生命意义感及生活质量的联合观察。基于此，本研究将叙事护理与正念干预联合应用于晚期肿瘤患者，从多维度评价其对志气缺失综合征的影响，旨在为晚期肿瘤患者的心理护理提供实践依据。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

采用便利抽样法，选取2025年3月至2026年9月于我院肿瘤内科住院接受抗肿瘤治疗的晚期肿瘤患者90例为研究对象。纳入标准：（1）经病理组织学或细胞学检查确诊为恶性肿瘤，TNM分期ⅢB~Ⅳ期，或经多学科会诊评估为不可根治的晚期阶段；（2）年龄18~75岁；（3）预计生存期 ≥ 3 个月，卡氏功能状态（KPS）评分 ≥ 60 分；（4）中文版失志量表（DS-MV）总分 ≥ 30 分，存在轻度及以上志气缺失；（5）意识清楚，具备正常的听、说、读、写及沟通理解能力；（6）患者知情同意并自愿参与。排除标准：（1）既往有精神疾病史或正在服用抗精神病药物者；（2）合并严重认知障碍、谵妄或听力障碍，无法完成访谈与量表评定者；（3）近1个月内接受过系统性心理

治疗或参加过类似研究者；（4）合并严重心、肝、肾功能不全或病情危重需持续监护者。剔除与脱落标准：（1）中途退出、转院或失访者；（2）依从性差，叙事访谈完成 <6 次或正念练习完成率 $<70\%$ 者；（3）病情恶化或出现严重不良反应需终止干预者。

根据两独立样本均数比较的样本量计算公式，设检验水准 $\alpha=0.05$ （双侧）、检验效能 $1-\beta=0.80$ 、预期效应量 $d=0.65$ ，估算每组需37例，考虑15%的脱落率，最终确定每组45例，共90例。采用随机数字表法将90例患者分为观察组与对照组，每组45例。研究过程中，观察组脱落1例（转院），对照组脱落8例（失访5例、病情恶化2例、主动退出1例），最终观察组44例、对照组37例完成研究。两组患者在年龄、体质量指数（BMI）、病程、KPS评分、肿瘤类型、TNM分期、治疗方式及文化程度等方面比较，差异均无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性，见表1。

1.2 干预方法

两组患者抗肿瘤治疗方案及基础对症支持治疗一致。

1.2.1 对照组

给予肿瘤内科常规护理，具体包括：（1）病情观察与症状管理，每日监测生命体征，动态评估疼痛、乏力、恶心呕吐、睡眠障碍等症状，遵医嘱予止痛、止吐、营养支持等处理，参照WHO三阶梯止痛原则规范疼痛管理；（2）饮食与营养指导，指导高蛋白、高维生素、易消化饮食，少量多餐，必要时配合营养师制定个体化营养方案；（3）常规心理护理，责任护士主动倾听患者诉说，给予安慰、鼓励与情感支持，讲解疾病与治疗相关知识，解答患者疑问；（4）休息与活动指导，指导患者合理安排作息，进行散步、呼吸操等低强度活动，量力而行；

（5）家属支持，对家属进行照护知识与沟通技巧指导。干预周期为8周。

1.2.2 观察组

在对照组基础上实施叙事护理联合正念干预。

（1）叙事护理。由经过统一培训的肿瘤专科护士实施，共4个步骤。①外化对话：每例患者每周进行1次一对一访谈，每次30~40 min，共8次。访谈中采用“问题外化”技术，引导患者将“我是一个没用的人”转变为“疾病让我产生了没用的感觉”，帮助其把问题与人本身分开，减轻自我责备。②解构与改写：在充分倾听的基础上，与患者共同梳理疾病过程中的“闪光时刻”（如坚持完成化疗、照顾家人、帮助病友等），挖掘其既往应对困境的经验与内在资源，协助患者将“被疾病

支配”的单一叙事改写为包含坚持、亲情与价值的多重叙事。

③平行病历：由责任护士记录患者的生命故事，包括成长经历、职业角色、家庭关系、重要事件及未了心愿，每周更新1次，作为个体化护理与沟通的依据，并在交接班中传递。④见证与分享：每2周组织1次团体叙事活动，每次60 min，由患者自愿分享自身经历与应对经验，护士与其他患者作为“见证者”给予回应与肯定；同时邀请家属参与“生命回顾”环节，协助患者完成力所能及的心愿。访谈与团体活动均在患者病情允许、无中重度疼痛的时段进行，过程中如患者出现明显情绪激动或躯体不适，立即暂停并给予安抚。

（2）正念干预。采用标准化正念减压（MBSR）方案，共8周。①团体课程：每周1次，每次120 min，由经过正念师资培训的护士带领，内容包括身体扫描（第1~2周）、静坐冥想与呼吸觉察（第3~4周）、正念行走与正念伸展（第5~6周）、正念沟通与慈心冥想（第7~8周），每次课程包含理论讲解、正式练习、体验分享与家庭作业布置。②居家练习：发放正念练习音频，指导患者每日练习30~45 min，每周6 d；卧床或体力较差者可缩短至15~20 min，以身体扫描与呼吸觉察为主，取舒适卧位进行。③个体化调整：对疼痛、恶心等症状明显的患者，将练习调整为“疼痛觉察—呼吸锚定”的组合练习；对焦虑明显的患者延长呼吸觉察时间。④依从性管理：建立正念练习打卡本与微信群，患者每日记录练习时长与感受，责任护士每周核查并给予反馈，对练习中出现的困惑及时解答；每2周组织1次线上复习答疑。干预周期为8周。

1.3 观察指标

（1）志气缺失程度：为主要结局指标，采用中文版失志量表（DS-MV）评估。该量表共24个条目，包含沮丧、气馁、无意义感、失败感、无助感5个维度，采用0~4分5级计分，总分0~96分，分值越高表示志气缺失程度越重，总分 ≥ 30 分提示存在轻度及以上志气缺失。分别于干预前及干预4、8周各评价1次。（2）希望水平：采用Herth希望量表（HHI）评估，共12个条目，包含对现实和未来的积极态度、采取积极的行动、与他人保持亲密的关系3个维度，采用1~4分计分，总分12~48分，分值越高表示希望水平越高。（3）生命意义感：采用生命意义感量表（MLQ）评估，共10个条目，包含存在意义（5个条目）与寻求意义（5个条目）2个维度，采用1~7分计分，各维度分值越高表示该维度水平越高。（4）焦虑、抑郁：采用医院焦虑抑郁量表（HADS）评估，共14个条目，焦虑与抑郁两个亚量表各7个条目，采用0~3分计分，各亚量表总分0~21分，



分值越高表示焦虑、抑郁程度越重， ≥ 8 分提示存在可疑焦虑或抑郁。(5)生活质量：采用癌症患者生命质量测定量表(EORTC QLQ-C30)评估，取总体健康状况领域得分并线性转换为0~100分，分值越高表示生活质量越好。(6)依从性与安全性：记录干预完成情况、正念练习依从率、叙事访谈完成次数，以及干预期间与干预相关的不良事件(如情绪明显波动、躯体不适、疲乏加重等)。上述指标中DS-MV于3个时点评价，其余指标于干预前与干预8周各评价1次。

1.4 统计学方法

采用SPSS 26.0统计软件进行数据分析。符合正态分布的计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示，组间比较采用独立样本t检验，组内不同时间比较采用重复测量方差分析；计数资料以例数(百分比)[n(%)]表示，组间比较采用 χ^2 检验或

Fisher确切概率法；等级资料比较采用秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。鉴于两组脱落率不均衡，主要结局指标按意向性分析(intention-to-treat, ITT)原则分析，缺失值采用基线观测值结转法填补，并以符合方案集(per-protocol, PP)数据作敏感性分析。采用Cohen's d评价组间差异的效应量， $d < 0.20$ 为微弱效应， $0.20 \sim 0.50$ 为小效应， $0.50 \sim 0.80$ 为中等效应， ≥ 0.80 为大效应。

2 结果

2.1 两组患者一般资料比较

两组患者在年龄、BMI、病程、KPS评分、肿瘤类型、TNM分期、治疗方式及文化程度等方面比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)，具有可比性，见表1。

表1 两组患者一般资料比较

项目	观察组 (n=45)	对照组 (n=45)	t/ χ^2 值	P 值
年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	62.4 $\pm$ 8.6	61.7 $\pm$ 8.9	0.379	0.705
BMI ($\bar{x} \pm s$, kg/m ²)	21.6 $\pm$ 2.8	21.9 $\pm$ 2.9	0.499	0.619
病程 ($\bar{x} \pm s$, 月)	9.4 $\pm$ 3.2	9.1 $\pm$ 3.5	0.424	0.672
KPS 评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)	71.3 $\pm$ 6.8	70.8 $\pm$ 7.1	0.341	0.734
DS-MV 总分 ($\bar{x} \pm s$, 分)	41.28 $\pm$ 9.62	40.86 $\pm$ 9.95	0.204	0.839
肿瘤类型 (肺癌/消化道肿瘤/乳腺癌/其他, 例)	14/12/9/10	13/13/9/10	0.076	0.995
TNM 分期 (IIIB/IV, 例)	19/26	21/24	0.180	0.672
治疗方式 (化疗/靶向或免疫/姑息支持, 例)	22/13/10	21/14/10	0.058	0.971
文化程度 (初中及以下/高中或中专/大专及以上, 例)	17/18/10	16/19/10	0.063	0.969

2.2 两组患者DS-MV评分比较

干预前，两组DS-MV总分比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)。干预4、8周后，观察组DS-MV总分均低于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.001$)；重复测量方差分析显示，组间效应、时间效应及交互效应均有统计学意义(F组间=21.437, F时间=96.528, F交互=10.264, 均 $P < 0.001$)。干预8周后，观察组DS-MV沮丧、气馁、无意义感、失败感、无助感各维度评分均低于对照组，差异均有统计学意义(均 $P < 0.001$)。干预8周后两组DS-MV总分差值的效应量Cohen's d=1.18, 属大效应；观察组DS-MV总分降幅为(15.65 $\pm$ 6.82)分，大于对

照组的(5.99 $\pm$ 7.13)分。按PP集(观察组44例、对照组37例)作敏感性分析，两组DS-MV总分及各维度评分的差异趋势与ITT分析结果一致，提示结论稳健。见表2、表3。

2.3 两组患者HHI、MLQ评分比较

干预前，两组HHI、MLQ各维度评分比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)。干预8周后，观察组HHI评分及MLQ存在意义维度评分均高于对照组，差异均有统计学意义(均 $P < 0.001$)；两组MLQ寻求意义维度评分比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表4。

表2 两组患者干预前后DS-MV总分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	干预前	干预4周	干预8周
观察组	45	41.28 $\pm$ 9.62	33.14 $\pm$ 8.31	25.63 $\pm$ 7.14
对照组	45	40.86 $\pm$ 9.95	37.52 $\pm$ 9.08	34.87 $\pm$ 8.42
t 值		0.204	2.387	5.615
P 值		0.839	0.019	<0.001

表 3 两组患者干预 8 周后 DS-MV 各维度评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

维 度	观察组 (n=45)	对照组 (n=45)	t 值	P 值
沮丧	1.38±0.58	2.09±0.71	5.195	<0.001
气馁	1.24±0.53	1.88±0.65	5.119	<0.001
无意义感	1.12±0.49	1.77±0.62	5.518	<0.001
失败感	1.03±0.45	1.62±0.57	5.450	<0.001
无助感	1.31±0.55	1.96±0.68	4.986	<0.001

 表 4 两组患者干预前后 HHI、MLQ 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

指标	组 别	干预前	干预 8 周	t 值	P 值
HHI	观察组	27.84±4.36	38.86±5.27	5.963	<0.001
	对照组	28.12±4.51	31.94±5.73		
MLQ-存在意义	观察组	19.62±3.87	27.34±4.21	4.881	<0.001
	对照组	19.35±3.94	22.76±4.68		
MLQ-寻求意义	观察组	25.48±4.16	25.91±4.08	0.876	0.384
	对照组	25.63±4.22	25.14±4.26		

2.4 两组患者HADS及生活质量评分比较

干预前, 两组 HADS 焦虑、抑郁评分及 EORTC QLQ-C30 总分比较, 差异均无统计学意义 ($P>0.05$)。干预 8 周后, 观察组

HADS 焦虑、抑郁评分均低于对照组, EORTC QLQ-C30 总分高于对照组, 差异均有统计学意义 (均 $P<0.001$), 效应量 Cohen's d 分别为 1.01、1.00、0.96, 均属大效应。见表 5。

 表 5 两组患者干预前后 HADS 及 EORTC QLQ-C30 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

指标	组 别	干预前	干预 8 周	t 值	P 值
HADS-焦虑	观察组	11.36±3.42	6.18±2.74	4.777	<0.001
	对照组	11.08±3.57	9.24±3.31		
HADS-抑郁	观察组	11.72±3.61	6.42±2.81	4.749	<0.001
	对照组	11.45±3.74	9.57±3.45		
EORTC QLQ-C30 总分	观察组	58.46±9.27	78.92±10.13	4.540	<0.001
	对照组	59.13±9.54	68.87±10.86		

2.5 两组患者依从性与安全性比较

观察组 44 例完成研究, 叙事访谈完成次数为 (7.6 ± 0.7) 次, 正念练习依从率为 84.1% (37/44), 其中坚持每日练习者占 77.3% (34/44); 对照组 37 例完成研究。观察组脱落 1 例 (2.22%), 对照组脱落 8 例 (17.78%), 两组脱落率比较, 差

异有统计学意义 ($P<0.05$)。干预期间, 观察组 3 例 (6.82%) 在正念练习初期出现短暂情绪波动或轻度疲乏加重, 经缩短单次练习时长、增加护士陪伴后缓解, 未影响干预进行; 两组均未发生与干预相关的跌倒、严重心理危机或自杀意念等不良事件。见表 6。

表 6 两组患者干预依从性与安全性比较 [n (%)]

项 目	观察组 (n=45)	对照组 (n=45)	χ^2 值	P 值
完成研究	44 (97.78)	37 (82.22)	—	0.030①
脱落	1 (2.22)	8 (17.78)	—	0.030①
正念相关短暂不适	3 (6.82) ②	0 (0.00)	—	0.243①
正念练习依从率 $\geq 80\%$	37 (84.09) ②	—	—	—
叙事访谈完成 ≥ 6 次	41 (93.18) ②	—	—	—

注: ①采用 Fisher 确切概率法; ②以完成研究的例数为分母计算。

3 讨论

3.1 晚期肿瘤患者志气缺失综合征的干预思路

志气缺失综合征不同于单纯的抑郁，其核心特征是个体在持续应激下产生的存在意义丧失与生存意志减退，患者常表现为“知道治疗还有希望，但觉得一切都没有意义”^[2-3]。晚期肿瘤患者因疾病不可治愈、躯体功能进行性下降及死亡临近，其志气缺失往往与希望水平下降、生命意义感缺失相互交织，形成“无意义感—无望感—退缩—进一步丧失意义”的恶性循环^[5]。因此，单一的情绪疏导或药物干预难以奏效，需要同时针对“意义”与“痛苦容纳”两个环节进行干预。

基于此，本研究构建了叙事护理联合正念干预的方案。叙事护理通过外化对话将问题与人分开，减少患者的自我谴责；通过解构与改写，协助患者从被疾病支配的单一叙事中跳脱出来，重新发现自身的应对经验与价值资源；通过平行病历与团体见证，使患者的生命故事被倾听、被确认，从而重建连贯的自我认同与生命意义^[7]。正念干预则通过身体扫描、呼吸觉察与慈心冥想等练习，培养患者对当下经验的非评判性觉察，使其能够以“观察者”的姿态容纳疼痛、疲乏与恐惧，减少反刍思维与情绪性回避^[8]。两者结合，前者解决“意义何在”的问题，后者解决“如何与痛苦共处”的问题，作用环节互补，理论上可产生协同效应，这也是本研究联合方案的设计依据。

3.2 联合干预可有效缓解志气缺失综合征

本研究结果显示，干预4、8周后观察组DS-MV总分均低于对照组（ $P<0.05$ 或 $P<0.001$ ），干预8周后沮丧、气馁、无意义感、失败感、无助感各维度评分亦均低于对照组（均 $P<0.001$ ），提示该联合方案可从多个维度改善晚期肿瘤患者的志气缺失状态。其中“无意义感”维度的改善最为明显（ $t=5.518$ ），这与叙事护理以意义重构为核心的作用机制相吻合；“沮丧”与“无助感”维度的改善则可能与正念练习降低了患者对负性情绪的反应性有关^[8]。值得注意的是，干预4周时观察组DS-MV总分已低于对照组，提示该联合方案起效相对较快，有利于在患者有限的生存期内尽早获益。

从机制层面看，叙事护理中的“外化”技术使患者将“我是失败者”的自我标签转化为“疾病带来了失败感”，从而打破自我否定的循环；“改写”过程则通过挖掘患者既往成功应对困境的经验，重建其自我效能感与掌控感^[7]。正念练习则可能通过调节下丘脑-垂体-肾上腺轴功能、降低交感神经张力，减轻患者的应激反应与情绪痛苦^[8-9]。既往Meta分析显示，正

念减压疗法可显著改善肿瘤患者的焦虑、抑郁与心理痛苦水平，效应量多为中等^[10-11]；而针对晚期肿瘤患者存在性痛苦的意义中心心理治疗，其效应量仅为 $0.10\sim 0.34$ ^[16]。本研究观察组DS-MV总分的组间效应量达1.18，HHI、MLQ存在意义维度及HADS的效应量为 $0.96\sim 1.26$ ，均属大效应，高于上述单一干预报道^[10-11,16]。叙事护理提供了意义层面的重构，正念干预提供了情绪层面的容纳，二者叠加后效应量提高，支持联合干预的设计假设；但本研究未设置单用叙事护理组与单用正念干预组，该协同效应尚需通过析因设计或三臂随机对照试验进一步证实。

3.3 联合干预可提升希望水平与生命意义感

本研究结果显示，干预8周后观察组HHI评分及MLQ存在意义维度评分均高于对照组（均 $P<0.001$ ），而两组MLQ寻求意义维度评分比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。希望是志气缺失的重要对立面，Herth希望量表包含对现实和未来的积极态度、采取积极的行动、与他人保持亲密的关系3个维度^[12]。本研究中，叙事访谈与团体分享为患者提供了表达与被倾听的机会，家属参与的“生命回顾”环节增强了其与他人情感联结，而正念练习中的慈心冥想亦有助于提升患者的自我关怀与人际联结感，这些因素共同促进了希望水平的提升。

在生命意义感方面，观察组仅“存在意义”维度得分显著提高，而“寻求意义”维度未见明显变化，这一结果符合预期。存在意义反映个体对自身生命已有意义与价值的体验，可通过叙事重构与生命回顾得到强化；而寻求意义反映个体对意义本身的探索动机与开放态度，晚期肿瘤患者受躯体状况与时间限制，其意义探索的空间相对有限，短期内不易发生改变^[13]。这提示临床护理应更聚焦于帮助患者“发现并确认已有的意义”，而非强调对意义的持续追寻。

3.4 联合干预可改善焦虑抑郁情绪与生活质量

本研究还发现，干预8周后观察组HADS焦虑、抑郁评分均低于对照组，EORTC QLQ-C30总分高于对照组（均 $P<0.001$ ），表明联合干预在缓解志气缺失的同时，对患者的情绪状态与整体生活质量亦有改善作用。焦虑、抑郁与志气缺失三者常相互交织，叙事护理为患者提供了情绪宣泄的出口，正念练习则降低了其对负性情绪的自动化反应，两者协同打断了“情绪痛苦—意义丧失—进一步痛苦”的恶性循环^[8,10]。生活质量的改善不仅体现在情绪功能领域，也与患者睡眠、疲乏及疼痛等躯体症状的缓解有关。依从性方面，观察组正念练习依从率达84.1%，叙事访谈完成率达93.18%，脱落率（2.22%）低于对照组（17.78%， $P<0.05$ ），提示该联合方案在晚期肿瘤人群中具有较好的可接

受性与可行性：观察组仅3例在正念练习初期出现短暂情绪波动或轻度疲乏加重，经调整练习强度后缓解，未发生严重不良事件，安全性良好。

综上所述，叙事护理联合正念干预可有效缓解晚期肿瘤患者的志气缺失综合征，提升其希望水平与生命意义感，改善焦虑、抑郁情绪与生活质量，且患者接受度高、安全性好，值得在临床护理中进一步推广与应用。

4 结束语

参考文献

- [1]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.
- [2]KISSANE D W,CLARKE D M,STREET A F.Demoralization syndrome:a relevant psychiatric diagnosis for palliative care[J].Journal of Palliative Care,2001,17(1):12-21.
- [3]ROBINSON S,KISSANE D W,BROOKER J,et al.A systematic review of the demoralization syndrome in individuals with progressive disease and cancer:a decade of research[J].Journal of Pain and Symptom Management,2015,49(3):595-610.
- [4]LIN C,HER Y.Demoralization in cancer survivors:an updated systematic review and meta-analysis for quantitative studies[J].Psychogeriatrics,2023,24(1):35-45.
- [5]张丽,王芳,李娜,等.晚期肿瘤患者失志综合征现状及影响因素分析[J].护理学杂志,2022,37(15):78-81.
- [6]刘敏,陈静,赵丽,等.癌症患者失志综合征的研究进展[J].中国护理管理,2023,23(4):612-616.
- [7]王丽,李晓燕,张敏,等.叙事护理在肿瘤患者心理护理中的应用进展[J].中华现代护理杂志,2022,28(21):2945-2949.
- [8]LENGACHER C A,REICH R R,PATERSON C L,et al.Examination of broad symptom improvement resulting from mindfulness-based stress reduction in breast cancer survivors:a randomized controlled trial[J].Journal of Clinical Oncology,2016,34(24):2827-2834.
- [9]GARLAND E L,THIELKING P,THOMAS E A,et al.Linkage dispositional mindfulness and positive psychological processes in cancer survivorship:a multivariate path analytic test of the mindfulness-to-meaning theory[J].Psycho-Oncology,2017,26(5):686-692.
- [10]陈丽,王静,刘芳,等.正念减压疗法对肿瘤患者焦虑抑郁及心理痛苦影响的Meta分析[J].中华护理杂志,2021,56(9):1403-1409.
- [11]赵敏,孙丽,周静,等.正念减压疗法联合尊严疗法对肿瘤终末期患者安宁疗护心理痛苦及尊严感的干预效果[J].临床医学研究与实践,2023,8(24):156-159.
- [12]HERTH K.Abbreviated instrument to measure hope:development and psychometric evaluation[J].Journal of Advanced Nursing,1992,17(10):1251-1259.
- [13]STEGE M F,FRAZIER P,OISHI S,et al.The Meaning in Life Questionnaire:assessing the presence of and search for meaning in life[J].Journal of Counseling Psychology,2006,53(1):80-93.
- [14]洪晓琪,陈虹汶,张义芳,等.癌症病人失志量表中文版之信效度检测[J].内科学志,2010,21(6):427-435.
- [15]KABAT-ZINN J.An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation:theoretical considerations and preliminary results[J].General Hospital Psychiatry,1982,4(1):33-47.
- [16]BREITBART W,PESSIN H,ROSENFELD B,et al.Individual meaning-centered psychotherapy for the treatment of psychological and existential distress:a randomized controlled trial in patients with advanced cancer[J].Cancer,2018,124(15):3231-3239.
- [17]张丽丽,徐秀瑛,闫晓娜,等.叙事护理对癌症病人负性情绪和生活质量干预效果的Meta分析[J].循证护理,2021,7(5).