

# 老年初诊癌症患者的病情告知及生活质量促进策略

雷芳<sup>1</sup>, 陈渊青<sup>1</sup>, 罗红<sup>1</sup>, 郑颖<sup>2</sup>, 叶宜根<sup>1</sup>

1. 南华大学附属深圳市福田区妇幼保健院, 广东 深圳 518045; 2. 重庆市卫生和计划生育委员会

**摘要:** **目的** 探讨老年初诊癌症患者的病情告知及生活质量促进策略。 **方法** 随机抽样筛选出 2012 年 1 月–2014 年 12 月期间就诊于湖北省某三甲医院的老年初诊癌症患者 240 例, 随机分为干预组、对照组, 各 120 例。对干预组患者及其家属采用医学应对问卷进行调查筛选出告知对象后, 采用 SPIKES 六步法告知策略进行告知, 再针对患者、家属的生活质量调查情况进行针对性治疗、护理。对照组采取常规告知、治疗、护理方法。 **结果** 老年初诊癌症患者、家属采取面对的应对方式最多 ( $20.13 \pm 1.24$  分和  $19.24 \pm 2.76$  分), 屈服的应对方式最少 ( $9.77 \pm 1.45$  分和  $8.74 \pm 2.15$  分), 回避的应对方式居中 ( $15.74 \pm 1.77$  分和  $14.21 \pm 2.02$  分)。告知癌症病情后, 干预组和对照组告知对象的生活质量评分均有不同程度的下降, 但干预组下降幅度较对照组下降幅度低, 两组间差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。出院时, 干预组和对照组告知对象的生活质量评分均有不同程度上升, 但干预组上升幅度较对照组上升幅度大, 两组间差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

**结论** 运用医学应对问卷合理选择癌症告知对象, SPIKES 六步法科学告知, 使用生活质量调查表针对性治疗、护理, 能提高老年初诊癌症患者的生活质量, 保证信息的对称性。

**关键词:** SPIKES; 病情告知策略; 老年初诊癌症患者; 生活质量

**中图分类号:** R73 **文献标识码:** B **文章编号:** 1006-3110(2016)08-0960-05 **DOI:** 10.3969/j.issn.1006-3110.2016.08.019

知情同意权是指患者在医疗卫生服务中享有知晓自己病情和医务人员所采取的诊疗措施, 并自主选择合适的诊治决策的权利<sup>[1]</sup>。但是, 在临床工作中, 为避免加重患者病情, 防止意外发生, 工作人员常常会采取告知患者家属, 再由患者家属决定是否告知患者本人的方式, 虽然避免了对患者的直接伤害, 但是从伦理学来说, 不符合患者的知情同意权以及享有被告知权利, 并且患者家属也面临着是否告知患者的心理选择, 加上患者家属的身体状况以及精神状况等多种因素的干扰, 从而引起患者家属的焦虑紧张情绪, 并影响到对患者的照顾质量。Leckie<sup>[2]</sup>亦认为, 合适的信息能帮助患者了解自身的健康状况并提高患者参与诊治过程的能力, 消除焦虑紧张, 产生安全感、满足感、自我价值感, 满足患者自尊与尊重的需要, 因此一段时间后患者的心理功能及社会功能显著改善。Montgomery等<sup>[3]</sup>报告, 不知情患者由于对病情的不了解可能不能充分配合医生的治疗和家属的照顾, 随着治疗的深入及不良反应的出现, 患者可能会高度怀疑自己的病情, 在得不到证实的时候其焦虑或忧虑甚至高于已知道病情的患者。并且各国学者文献均显示, 告知患者癌症诊断不但对患者有积极的作用<sup>[4-5]</sup>, 而且能减轻医务人员和家属的负担<sup>[6]</sup>。因此, 知情同意权对于患者来

说, 对疾病以及生活质量有巨大的影响。本研究旨在研究癌症患者及其家属的告知策略及其生活质量的促进策略, 从而采取有效及正确的告知和护理方式, 以期提高癌症患者及其家属的生活质量。

## 1 对象与方法

**1.1 对象** 采取随机抽样的方式筛选出 2012 年 1 月–2014 年 12 月期间就诊于湖北省某三甲医院的老年初诊癌症患者 240 例。纳入标准: ①由病理学或细胞学初次确诊为癌症并且患者及家属未被告知癌症情况; ②除外其他严重躯体疾病; ③年龄在 60 岁以上; ④既往无精神病史; ⑤意识清楚、自愿合作者; ⑥预计生存期超过 3 个月。根据患者的文化程度、经济状况、婚姻状况、照顾状况将 240 例患者随机分为对照组和干预组, 各 120 例。为避免干预方式的组间影响, 将 2012 年 1 月–2013 年 5 月的 120 例患者作为对照组, 2013 年 8 月–2014 年 12 月的 120 例患者作为干预组。

## 1.2 方法

**1.2.1 患者基本情况调查表** 通过询问患者的病史, 在收集患者的病历资料中, 详细了解患者的年龄、性别、文化程度、经济状况、婚姻状况、照顾状况, 归纳统计入患者基本情况调查表。

**1.2.2 医学应对问卷调查表** 医学应对问卷 (Medical Coping Modes Questionnaire, MCMQ) 由 Feifel H 等编制, 中文版由沈晓红等修订后引入我国, 是为数有限

**作者简介:** 雷芳 (1982–), 女, 湖北黄冈人, 在读硕士, 护师, 研究方向: 医院管理。

**通讯作者:** 陈渊青, E-mail: cyq13076961113@126.com。

的专用于病人的应对量表。目前已初步应用于癌症和慢性肝炎患者。该问卷包括面对、回避和屈服 3 个分量表,分别包括 8、7、5 个条目,共 20 个条目,各条目按照 1~4 级计分,其中有 8 个条目需要反向计分,3 个维度得分范围为:8~32、7~28、5~20 分。3 个分量表单条目累计得出面对、回避、屈服 3 个维度的不同得分,得分越高表示相对越倾向采用该种应对方式。对此量表进行信效度检测,3 个维度的 Cronbach's  $\alpha$  系数分别为 0.69、0.60 和 0.76,重测信度为 0.66、0.85 和 0.69<sup>[7]</sup>。

**1.2.3 SPIKES 六步法告知策略** SPIKES 告知策略由 Walter 等<sup>[8]</sup>提出,包括 S、P、I、K、E、S 六个步骤。具体为 S(setting up the interview)安排面谈,P(assessing the patient's perception)评估患者感觉,I(obtaining the patient's invitation)获取患者对疾病信息的迫切度,K(giving knowledge and information to the patient)告知患者知识和信息,E(addressing the patient's emotions with empathic responses)同理心对待患者的情感,S(strategy and summary)策略和总结。针对 SPIKES 告知策略的六步法,在告知时可安排在独立的谈话室,进行面对面的私人交谈,可以让其最信任的人参与谈话,这样可以使之减少孤立无援的感觉;在告知前初步评估其心理状态和对疾病的知情程度,对可能出现的反应做好准备;采用启发式交谈,让其急切想知道疾病信息,由此情绪反应程度会比主动告知低;逐步、分阶段地为其提供信息,用词避免过于专业,当预后很差时注意用词委婉,可减轻患者焦虑感;仔细观察告知者获得疾病信息后的心理反应,理解和安慰其过激言行;详细解释疾病预后及最新医疗进展,共同制订治疗计划,给予其希望。

**1.2.4 生活质量评价表** 采用目前国际上专门用于评价肿瘤患者生活质量的自评量表—生活质量综合评定量表(GQOL I-74),该量表包括 74 个条目,4 个维度,从躯体功能(条目 F11-F30)、心理功能(条目 F31-F50)、社会功能(条目 F51-F70)、物质生活(条目 F1-F10)四个方面综合评定肿瘤患者生活质量。4 个维度各有 5、5、5、4 个因子,另加 1 个总体生活质量因子(条目 G1-G4),共 20 个因子。以总分、维度分、因子分来评估患者生活质量,正向计分,评分结果越高,生活质量越好。家属采用照顾者生活质量调查表(caregiver quality of life,CQOL),该量表由 BECKMAN 国立医学研究中心提供,包含 37 个条目,评分包括 10 级,从躯体状况、心理状态、社会功能和精神状况 4 个维度评估患者家属的生活质量。该量表原精神状况维度中包括

2 条关于宗教的条目,不适用于本国国情,本次调查删除了宗教条目,修改后的量表 4 个维度的 Cronbach's  $\alpha$  系数分别为 0.65、0.68、0.69 和 0.71,重测信度为 0.66、0.85、0.74 和 0.69。修改后量表总分 0~350 分,得分越高,表示其生活质量越高。

#### 1.2.5 干预组

**1.2.5.1 干预方法** (1)医护人员研究准备。在 2013 年 6~7 月的研究空窗期,利用业务学习、查房讲座组织医护人员集中学习医学应对问卷、癌症患者 SPIKES 六步告知法以及生活质量调查、护理干预的内容,形成系统的干预知识储备,采取情景演练的方式进行不定期抽查合格后即开始干预期的研究。(2)确定告知对象。在明确诊断后即对干预组 120 例患者及其家属使用医学应对问卷进行调查,根据调查结果选择告知对象。对患者及其家属进行双向比较、双重筛选,通过比较患者、家属个人的面对、回避、屈服 3 个维度分量表的得分分值确定患者、家属的个人医学应对方式,再根据患者和家属的医学应对方式进行组间分值差异性比较确定告知对象。在评分结果中,面对分值相对回避和屈服分值高,说明患者心理承受力较好,对疾病风险具有较强的抗压能力;而回避和屈服分值相对面对分值高则说明患者心理承受力差,疾病应对方式被动消极,重疾极有可能带来新的心理问题。因此在选择告知对象时,选择面对得分分值相对回避和屈服分值高的对象进行告知。根据调查问卷结果,经筛选,确定告知对象为患者 48 例,家属 72 例。(3)告知内容。在疾病发展和治疗的不同阶段,患者和家属信息需求的量和内容明显不同。主治医师除告知癌症患者疾病诊断外,还应主动告知患者癌症的分期、可供选择的治疗方案及风险、预后、医疗费用等,尽量减少知情后的负性情绪波动,并减少由于沟通不够所引起的不必要的医疗纠纷<sup>[9]</sup>。(4)告知步骤。根据 SPIKES 六步法,首先与告知对象安排一次会谈,可请其最信任的人参与会谈。在谈话前使用 SPIKES 告知策略的问题间接了解告知对象的主观感受和希望了解病情的迫切度。在多次使用启发性的语言后使告知对象有主动了解病情的愿望。告知时使用铺垫性的词语如“我很遗憾,需要告诉您一个坏消息”等减缓告知对象心理的冲击度。告知后用同理心对待其创伤性心理状态,并使用直白易懂的医学语言与其探讨治疗方案,介绍最新医学进展,以唤起告知对象面对癌症的勇气和希望。(5)干预性生活质量改进措施:针对被告知后患者或家属所反映出的生活质量调查情况采取针对性的躯体功能、心理功能、社会功能和物质生活护理以及团

队合作式支持性护理,并介绍类似病例者与之沟通进行现实写照和激励疗法。①进行以满足患者信息需求为目标的健康宣教。主动关心患者,了解患者思想动态,给予足够信心以及战胜疾病的勇气。发放疾病知识宣教单,定期为被告知者开展健康教育大讲堂以及免费健康咨询坐诊、心理辅导服务。组织专家讲座和知识拓展活动,及时解答其疑问。②成立癌症告知者健康关爱俱乐部。为癌症告知者建立个人档案,全面记录告知者心理状态、相关癌症人员的病情以及联系方式,定期电话联系,进行回访。并且根据其肿瘤部位、病理学分类进行分类性指导,不定期开展聚会活动,有利于癌症告知者之间信息的交流以及增强战胜疾病的信心。③帮助寻求社会支持系统。精神支持在生存质量上占很大比重,因此,给予患者及其主要照顾家属足够的社会支持,动员癌症患者家族成员给予足够的重视和关心,减轻癌症患者及其主要照顾者的经济以及心理负担。积极帮助告知对象寻找最新诊治进展,延续其希望。④开展“话疗”服务。开展分组性谈心活动,鼓励告知对象倾诉分享,舒缓其内心情绪。对经管护士进行培训摸底,了解护士对死亡的态度,树立正确的生死观,进而了解患者及其家属对死亡的态度,由此可以针对性的进行生死观的心理辅导,并且提早预知意外,防止自杀事件。

1.2.5.2 干预时间 (1)患者病情明确诊断后即开始进行医学应对方式的调查研究。(2)告知对象筛选后即开始进行 SPIKES 六步法的告知策略。(3)采用生活质量评价表分别于入院时对患者及其家属进行生活质量评估,告知后及出院时对告知对象进行生活质量评估。(4)生活质量评估后即开始进行“三节点两阶段”的生活质量护理干预。

1.2.6 对照组 对照组采取常规病情告知、护理、治疗策略。

1.2.6.1 常规病情告知策略 针对患者病情,主治医师较常采用在查房时集中分析患者病情并告知患者疾病诊断的方法。主治医师根据个人经验采取告知方式,筛选出的 120 例患者中告知对象为患者 97 例,其余 23 例告知对象为家属,并应家属要求向患者保密。

1.2.6.2 常规护理、治疗策略 患者入院后以及告知对象病情告知后、出院时均采用常规护理、治疗方式。包括各器官癌症患者常规护理程序、营养支持、放化疗和常规心理护理。

1.2.7 评价方法

1.2.7.1 评价工具 患者生活质量使用生活质量综合评定量表(GQOL I-74)评价,家属采用照顾者生活

质量调查表(caregiver quality of life,CQOL)评价。

1.2.7.2 评价时间 分别于入院时对患者及其家属进行生活质量评估,告知后及出院时对告知对象进行生活质量评估。

1.2.8 统计学方法 使用 SPSS16.0 软件进行数据分析,计数资料采用构成比分析,计量资料采用重复测量的方差分析,检验水准  $\alpha=0.05$ 。

## 2 结果

2.1 选择性告知对象的一般资料分析结果 干预组 120 例告知对象中,包括患者 48 例,家属 72 例。其中男 72 例,女 48 例。患者中 60~70 岁 34 例,70 岁以上 14 例,平均 68.3 岁,家属中 30~40 岁 9 例,40~50 岁 4 例,60~70 岁 50 例,70 岁以上 9 例,平均 58.7 岁。其中涉及告知癌症类型为肝癌 21 例,乳腺癌 16 例,肺癌 35 例,胃癌 15 例,鼻咽癌 7 例,肠癌 9 例,其他 17 例。告知对象文化程度为大学及其以上 39 例,大专 44 例,高中 17 例,初中 15 例,小学 5 例。在婚 64 例,不在婚 56 例。经济状况:根据湖北省社会保障部门统计数据获得上年度人均最低工资水平数据,等于或超过该水平者 83 例,不足该水平者 37 例。照顾状况:亲属照顾者 93 例,社会用工陪护照顾 27 例。对照组 120 例告知对象中,包括患者 97 例,家属 23 例。其中男 69 例,女 51 例。患者中年龄 60~70 岁 67 例,70 岁以上 30 例,平均 70.1 岁,家属中 30~40 岁 2 例,40~50 岁 3 例,60~70 岁 15 例,70 岁以上 3 例,平均 61.3 岁。其中涉及告知癌症类型为肝癌 25 例,乳腺癌 13 例,肺癌 30 例,胃癌 19 例,鼻咽癌 6 例,肠癌 8 例,其他 19 例。告知对象文化程度为大学及其以上 49 例,大专 30 例,高中 26 例,初中 11 例,小学 4 例。在婚 61 例,不在婚 59 例。经济状况:根据湖北省社会保障部门统计数据获得上年度人均最低工资水平数据,等于或超过该水平者 72 例,不足该水平者 48 例。照顾状况:亲属照顾者 97 例,社会用工陪护照顾 23 例。通过分析告知对象的一般资料,进行构成比分析和  $\chi^2$  检验,组间差异无统计学意义( $P>0.05$ ),组间一般资料趋于一致。

2.2 医学应对问卷调查结果 根据医学应对问卷的调查结果,干预组中各病人及其家属在面对、回避和屈服三个分量表上的得分均值因性别、年龄、文化程度、职业等变量的不同,差异有统计学意义。且经筛选的 48 例患者中有 46 例患者的医学应对方式为面对,72 例家属中有 68 例家属的医学应对方式为面对,此外,共有 6 例患者及家属的医学应对方式为回避,选择回避分值低者作为告知对象,最终共筛选出 48 例患者和



72 例家属作为告知对象。而癌症患者和在住院期间,采取面对的应对方式最多(20.13±1.24 分和 19.24±2.76 分),采取屈服的应对方式(9.77±1.45 分和 8.74±2.15 分)最少,采取回避的应对方式居中(15.74±1.77 分和 14.21±2.02 分)。见表 1。

2.3 告知对象入院时生活质量评分比较 见表 2。入院时对患者及其家属进行生活质量评分,确定告知对象后,统计告知对象的入院生活质量评分数据,结果

表 2 告知对象入院时生活质量评分(分, $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	躯体功能	心理功能	社会功能	物质生活	总分
干预组	120	51.32±5.72	50.33±3.34	50.36±5.59	62.53±5.14	223.74±5.25
对照组	120	50.37±5.91	51.38±3.71	51.36±5.10	63.51±5.07	223.90±5.17
<i>t</i> 值		1.849	1.722	1.896	1.675	1.764
<i>P</i> 值		0.592	0.694	0.542	0.701	0.688

2.4 告知对象告知后生活质量评分比较 见表 3。在干预组使用 SPIKES 六步法告知、对照组使用常规方法告知后,统计告知对象的告知后生活质量评分,结果显

表 3 告知对象告知后生活质量评分(分, $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	躯体功能	心理功能	社会功能	物质生活	总分
干预组	120	46.46±4.82	45.78±3.66	47.23±4.15	56.31±5.46	203.9±4.26
对照组	120	42.46±2.61	41.72±3.15	45.21±4.76	50.37±5.39	178.37±4.29
<i>t</i> 值		10.963	9.720	8.675	12.896	18.298
<i>P</i> 值		0.039	0.043	0.046	0.032	0.024

2.5 告知对象出院时生活质量评分比较 见表 4。干预组告知后针对生活质量评分表使用相应生活质量改进措施、对照组使用常规护理、治疗措施后,出院时,统计告知对象的生活质量评分,结果显示,干预组和对照

表 4 告知对象出院时生活质量评分(分, $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	躯体功能	心理功能	社会功能	物质生活	总分
干预组	120	53.34±5.70	56.51±5.05	54.23±4.09	63.42±3.57	226.3±4.76
对照组	120	49.37±4.34	52.56±5.56	50.23±4.23	59.43±3.55	219.77±5.47
<i>t</i> 值		9.720	9.847	9.670	9.874	13.764
<i>P</i> 值		0.043	0.041	0.045	0.040	0.031

3 讨 论

3.1 癌症告知方法和对象选择的科学性和合理性 本研究采用医学应对问卷和 SPIKES 六步法对患者及家属进行选择告知。充分评价面对、回避、屈服三个维度的得分情况,从而确定告知对象。选择不同的对象进行告知,从而避免知情者情绪波动以及心理脆弱所带来的负面效应,减少意外伤害的发生。采用 SPIKES

显示,两组间差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

表 1 干预组患者和家属的医学应对方式

类别	例数	应对方式( $\bar{x}\pm s$ )		
		面对	回避	屈服
患者	120	20.13±1.24	15.74±1.77	9.77±1.45
家属	120	19.24±2.76	14.21±2.02	8.74±2.15

示,干预组和对照组告知对象的生活质量评分均有不同程度的下降,但干预组下降幅度较对照组下降幅度低,两组间差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

组告知对象的生活质量评分均有不同程度的上升,但干预组上升幅度较对照组上升幅度大,两组间差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

告知策略弱化了信息的冲击力,保证了医疗信息的对称,有利于提高患者、家属的生活质量。此外,从患者、家属基本情况以及生活质量的评分变化中可以看出,对应方式为面对、癌症预后较好、文化程度较高者采取 SPIKES 告知策略选择性告知效果较好,医患满意度较高。

3.2 癌症患者及其家属的应对方式 本研究结果显

示,癌症患者及其家属倾向于采用面对的应对方式,回避方式次之,较少采用屈服的应对方式,与以往研究结果一致<sup>[10]</sup>。并且,癌症患者及其家属的应对方式与肿瘤部位、病理学分类以及性别、年龄、文化程度、职业、社会支持系统具有相关性。结果显示,肿瘤部位以及病理学分类所引起的癌症病情越严重,患者及其家属越倾向于选择屈服的应对方式,而当患者及其家属性别为男,年龄越大,文化程度越高,职业层次越高,社会支持系统越高时患者及其家属越倾向于选择面对的应对方式。应对方式是个体自身对外界应激事物的反应方式,因个体差异的不同而有所区别。其影响到患者及其家属的情绪状态、就医以及遵医行为,积极的应对方式能使患者正确面对自身疾病,主动配合治疗和寻求解决自身问题的方法,能显著提高其生活质量,有效缓解自身压力。

**3.3 知情状态对生活质量的影** 于入院时、告知后、出院时从躯体功能、心理功能、社会功能、物质生活 4 个维度综合评定癌症患者、家属的生活质量,结果显示,知情与否对心理功能和社会功能有显著影响。在得知病情初期,患者或家属往往无法接受现实而进入“肿瘤心理休克期”,表现出明显的抑郁、焦虑、恐惧等负性心理,人际关系敏感,不愿与人交往,心理、社会功能显著下降,对医护人员不信任甚至产生敌对情绪。个人角色功能退化,社会功能弱化,表现出一定程度的应激反应,处于防御以及否认阶段,害怕死亡的到来,惧怕放化疗及手术,担心医疗费用,疑心受人歧视,对未来感到绝望<sup>[11]</sup>,在心理适应期过后,逐渐过渡到无奈接受的状态,进而适应癌症患者或家属的角色,并且强化这一角色功能,进一步使社会、心理功能受损。

**3.4 生活质量改进策略的科学性和合理性** 本研究以家属、照顾者生活质量调查表为导向,针对患者、家属的具体情况和心理健康程度采取靶向式的心理辅导,帮助其平稳度过“肿瘤心理休克期”,从而让患者及其家属产生信任感,能够以积极的心态迎接余生,提高生活质量。采取护理干预后,生活质量 4 维度得分均不同程度提高,心理功能和社会功能显著提高。研究分析生活质量与应对方式的相关性,结果显示,面对和回避的应对方式与患者、照顾者的生命质量总体及心理功能、社会功能状况均呈正相关,屈服的应对方式与患者、照顾者的生命质量总体及躯体功能、心理功能、社会功能状况均呈负相关,研究结果与吴俊等<sup>[10]</sup>对住院乳腺癌患者的生命质量与应对方式的相关性研究结果趋于一致,说明癌症患者、家属采取面对和回避的应对方式有利于其生命质量的提高。在改进患者、家属的

生活质量策略中,针对其心理功能、社会功能进行相应的反馈式心理护理、治疗,提高患者、家属的面对和回避维度,能帮助患者、家属正视自己的疾病,有效改进其生活质量。

综上所述,目前我国临床上癌症患者的知情告知方式缺乏科学合理的引导和方法,告知方式忽略了癌症患者、家属的心理承受能力及对其生活质量的影响。通过医学应对问卷合理评估患者、家属的心理状态、应对方式,选择合适的告知对象,结合 SPIKES 六步法告知策略科学告知,并针对告知对象生活质量调查情况进行必要的心理功能、社会功能、躯体功能、物质生活的辅导,既不能忽视患者的真实愿望和真正利益,也不能漠视癌症诊断对患者可能造成的负面影响,应为患者提供足够的支持<sup>[12]</sup>,使医生、护士真正成为健康促进者和教育者,从而满足患者、家属对信息的需求,减少对癌症的恐惧和陌生感,真正提高癌症患者及其家属的生活质量。

#### 参考文献

- [1] 张玉芬. 正确理解知情同意[J]. 医学与哲学, 2003, 24(1): 20-22.
- [2] Leckie J. The effects of informational intervention on state anxiety and satisfaction in clients undergoing bone scan[J]. Nud Commun, 1994, 15(11): 921.
- [3] Montgomery C, Lydon A, Lloyd K, et al. Psychological distress among cancer patients and informed consent[J]. J Psychosom, 1999, 46(3): 241.
- [4] Lin CC, Tsai HF, Chiou JF. Changes in levels of hope after diagnostic disclosure among Taiwanese patients with cancer[J]. Cancer Nurs, 2003, 26(2): 155-160.
- [5] Davidson JR, Brundage MD. Lung cancer treatment decisions: Patients' desires for participation and information[J]. Psychooncology, 1999, 8(6): 511-520.
- [6] Elwyn TS, Fetters MD, Sasakic H, et al. Responsibility and cancer disclosure in Japan[J]. Soc Sci Med, 2002, 54(2): 281-293.
- [7] 汪向东, 王希林, 马弘. 心理卫生评定量表手册[M]. 增订版. 北京: 中国心理卫生杂志社, 1999: 124-127.
- [8] Baile WB, Buckman R, Lenzi R, et al. SPIKES - A six -step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer[J]. Oncologist, 2000, 5(4): 302-311.
- [9] 刘振华. 知情权选择权责任与义务[J]. 医学与哲学, 2001, 22(1): 17-18.
- [10] 吴俊, 吴胜其, 熊文婧, 等. 住院乳腺癌患者生命质量与希望水平、应对方式的相关性[J]. 实用预防医学, 2013, 20(4): 414-418.
- [11] 张清, 刘纯艳. 癌症患者知情同意的现状与对策[J]. 护理研究, 2006, 20(2C): 471.
- [12] Okamura H, Uchitomi Y, Sasako M. Guidelines for telling the truth to cancer patients[J]. Jpn Clin Oncol, 1998, 28(1): 1-4.