

doi:10.3969/j.issn.1005-3697.2026.03.024

✦ 临床医学研究 ✦

# 尊严疗法联合家庭叙事疗法在终末期肿瘤患者安宁疗护中的应用效果评价

徐艳艳<sup>1</sup>, 林仕呈<sup>2</sup>

(1. 温州市中心医院医务科, 浙江 温州 325000; 2. 永嘉县中医医院急诊科, 浙江 温州 325102)

**【摘要】目的:** 探讨尊严疗法联合家庭叙事疗法在终末期肿瘤患者安宁疗护中的应用效果。**方法:** 选取接受安宁疗护的120例终末期肿瘤患者为研究对象。按照照护方式不同将其分为干预组( $n=60$ )与对照组( $n=60$ )。对照组接受安宁疗护方案; 干预组在该基础上提供尊严疗法联合家庭叙事疗法, 干预时长为4周。评估并比较两组患者干预前后疼痛程度、死亡态度、睡眠质量及生活质量。**结果:** 干预4周后, 干预组患者美国疼痛协会患者结局问卷-修订版(APS-POQ-R)中疼痛程度、疼痛信念、疼痛对生活的影响维度评分均低于对照组( $P<0.05$ ), 疼痛控制满意度维度评分均高于对照组( $P<0.05$ ); 干预组死亡态度描绘量表-修订版(DAP-R)量表中死亡恐惧、死亡逃避维度评分均低于对照组( $P<0.05$ ), 自然接受、趋近接受、逃离接受维度评分均高于对照组( $P<0.05$ ); 干预组匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)中睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、日间功能障碍维度评分及总分均低于对照组( $P<0.05$ ); 干预组世界卫生组织生命质量测定量表-简表(WHOQOL-BREF)中生理、心理、环境、社会维度评分均高于对照组( $P<0.05$ )。**结论:** 在终末期肿瘤患者安宁疗护中应用尊严疗法联合家庭叙事疗法, 可有效缓解其疼痛程度, 改善其对死亡的态度, 并有利于提升患者睡眠质量与生活质量。

**【关键词】** 尊严疗法; 家庭叙事疗法; 终末期肿瘤患者; 安宁疗护; 生活质量

**【中图分类号】** R473.73 **【文献标志码】** A

## Evaluation of the effect of dignity therapy combined with family narrative therapy in palliative care for terminal cancer patients

XU Yan-yan<sup>1</sup>, LIN Shi-cheng<sup>2</sup>

(1. Department of Medical Affairs, Wenzhou Central Hospital, Wenzhou 325000; 2. Department of Emergency, Yongjia County Traditional Chinese Medicine Hospital, Wenzhou 325102, Zhejiang, China)

**【Abstract】Objective:** To explore the effect of dignity therapy combined with family narrative therapy in palliative care for terminal cancer patients. **Methods:** A total of 120 terminal cancer patients receiving palliative care were selected as the study subjects. According to different care methods, they were divided into an intervention group ( $n=60$ ) and a control group ( $n=60$ ). The control group received standard palliative care, while the intervention group received dignity therapy combined with family narrative therapy in addition to standard care, over a 4-week intervention period. Pain levels, death attitudes, sleep quality, and quality of life were assessed and compared between the two groups before and after the intervention. **Results:** After 4 weeks of intervention, scores in the American Pain Society Patient Outcome Questionnaire-Revised (APS-POQ-R) dimensions of pain intensity, pain beliefs, and impact of pain on life were lower in the intervention group compared to the control group ( $P<0.05$ ), while the pain control satisfaction score was higher ( $P<0.05$ ). In the Death Attitude Profile-Revised (DAP-R), scores for fear of death and death avoidance were lower in the intervention group ( $P<0.05$ ), whereas scores for natural acceptance, approach acceptance, and escape acceptance were higher ( $P<0.05$ ). The intervention group also showed lower scores in the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) dimensions of sleep quality, sleep latency, sleep duration, sleep efficiency, sleep disturbances, daytime dysfunction, and total PSQI score ( $P<0.05$ ). Furthermore, scores in the World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) domains of physical health, psychological health, social relationships, and environment were higher in the intervention group ( $P<0.05$ ). **Conclusion:** The application of dignity therapy combined with family narrative therapy in palliative care for terminal cancer patients can effectively alleviate pain levels, improve attitudes towards death, and enhance both sleep quality and overall quality of life.

**基金项目:** 浙江省温州市科技局科研项目(Y20240261)

**作者简介:** 徐艳艳(1986-), 女, 主治医师。E-mail: wzanlhzdzx@163.com

**通讯作者:** 林仕呈。E-mail: linchol@163.com

**【Key words】** Dignity therapy; Family narrative therapy; Terminal cancer patients; Palliative care; Quality of life

终末期肿瘤在临床中指疾病无法治愈、进程不可逆且预期寿命显著缩短的阶段<sup>[1-2]</sup>。在我国文化背景下,终末期肿瘤患者常因难以坦然表达意愿或讨论死亡,面临更复杂的心理与精神健康挑战,故需以姑息照护为核心的全面支持以减轻病痛并降低家庭照护负担<sup>[3-4]</sup>。安宁疗护作为以患者与家庭为中心的服务模式,致力于通过个体化医疗与情感支持缓解身心痛苦、提升生命质量,助其安详有尊严地走完人生最后一程<sup>[5-6]</sup>。尊严疗法由 Chochinov 于 2002 年提出,是一种以尊严经验模型为基础的短期心理干预<sup>[7]</sup>。该疗法作为新兴理念,强调尊重患者个人价值与自主选择,通过构建信任的医患关系倾听心声、维持其生命末期尊严与内心平静<sup>[8]</sup>;叙事疗法则由 Michael White 与 David Epston 创立,该方法以个体生命故事为核心,通过重构叙事帮助人们重新理解自身经历,后逐渐应用于临床实践<sup>[9]</sup>。家庭叙事法则通过梳理个人与家庭生命故事、外化问题并发掘积极片段,激活内在改变动力<sup>[10]</sup>,目前二者联合应用尚未见报道。前者侧重个体层面价值确认,后者则聚焦家庭系统与关系互动中的资源力量。故本研究在终末期肿瘤患者的安宁疗护中应用尊严疗法联合家庭叙事疗法,并系统探讨该干预模式对患者疼痛程度、死亡态度、睡眠质量及生活质量的影响。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2022 年 1 月至 2025 年 1 月温州市中心医院收治的 120 例终末期肿瘤患者为研究对象。纳入标准:(1)年龄 > 18 岁,经病理确诊为 IV 期恶性肿瘤;(2)临床预计生存期为 1 至 6 个月;(3)患者意识清楚,认知功能正常,具备基本沟通能力;(4)临床资料完整;(5)知晓自身病情并自愿签署知情同意书。排除标准:(1)存在严重视力、听力或语言障碍;(2)合并精神疾病或严重认知损害;(3)病情危重,体力状况极差,无法配合完成研究访谈与评估;(4)合并严重脏器衰竭等终末期并发症;(5)预期生存期 < 1 个月,或住院期间出现自杀倾向、无法自主表达意愿;(6)妊娠期或哺乳期女性,或存在药物/酒精依赖者。按照照护方式不同将患者分为干预组( $n=60$ )与对照组( $n=60$ )。本研究严格遵循《赫尔辛基宣言》中原则与规定。

### 1.2 方法

1.2.1 干预方案 对照组患者接受安宁疗护方案,具体措施如下:(1)症状管理:按规范使用止痛药物

控制疼痛,并对恶心、呼吸困难等不适及时给予药物或辅助干预(如吸氧、调整体位)。(2)舒适与活动照护:协助患者保持舒适体位,辅助其进行简单的肢体活动,指导家属进行局部按摩,维持身体清洁与个人卫生。(3)环境与营养支持:保持病房安静整洁、温湿度适宜,提供高蛋白、易消化的饮食指导方案,并鼓励适度床边活动。(4)心理与家庭支持:医护人员定期与患者沟通,了解其情绪状态,提供心理安慰,同时指导家属掌握基础照顾方法。(5)人文关怀:尊重患者的个人习惯、文化背景与宗教信仰。干预组在上述基础上提供尊严疗法联合家庭叙事疗法:(1)尊严疗法:在实施前向患者介绍干预目的与流程,约定访谈时间并布置安静、温馨的访谈环境;围绕“人生重要回忆”“希望被记住的经历”“家庭与社会角色”“对亲人/朋友的寄语或人生建议”等主题,引导患者进行约 30~60 min(根据患者个人情况适当增减时间)的生命回顾表达,过程中以患者为中心进行倾听与鼓励,并全程记录;将记录内容整理成初稿,与患者共同核对、修订内容,保留其意愿表达的真实性与完整性,形成具有个人意义的生命叙事定稿;将最终文本打印成册交由患者保管,由其自主决定是否与家人分享,全程尊重患者隐私与意愿。(2)家庭叙事疗法:在安静独立空间中引导患者与至少一名核心家属共同参与;首先,通过温和对话建立信任,协助家庭将癌症视为共同挑战而非个人过错,客观探讨疾病对家庭生活、情绪及关系的影响;其次,鼓励患者与家属分享具体患病经历,如治疗中的艰难时刻、家庭支持细节及情感变化,促进彼此理解与情感释放;随后,引导家庭回顾过往克服危机的经验,如共同应对疾病反复、维持家庭团结的实例,挖掘内在韧性、关爱等积极资源,共同构建蕴含希望的新家庭故事;此外,制定具体可行的家庭计划,如安排定期家庭茶话会分享近况、制定轮流陪伴排班表减轻单一家属负担;最后,通过回顾干预中的成长点滴,肯定患者与家属的努力,巩固积极改变,为家庭提供持续的情感支持。两组均干预 4 周后评估干预效果。

1.2.2 观察指标 (1)疼痛情况:采用美国疼痛协会患者结局问卷修订版(american pain society patient outcome questionnaire-revised, APS-POQ-R)评估,该量表涵盖疼痛程度、疼痛信念、疼痛对生活的影响及疼痛控制满意度 4 个维度,各条目采用 0~10 数字评分法及 Likert 多级评分法,前 3 个维度分数越高表明疼痛症状越严重,第 4 个维度分数越高表示对疼痛控制越满意。(2)死亡态度:通过死亡态度描绘量表修订版(death attitude profile-re-

vised, DAP-R)中文版进行评估,量表包含死亡恐惧、死亡逃避、自然接受、趋近接受及逃离接受 5 个维度,采用 5 级评分法,各维度得分越高反映个体越倾向于对应的死亡态度。(3)睡眠质量:使用匹兹堡睡眠质量指数(pittsburgh sleep quality index, PSQI)进行测量,该量表涉及睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、催眠药物和日间功能障碍 7 个维度,采用 4 级评分法(0~3 分),分数越高代表睡眠质量越差。(4)生活质量:应用世界卫生组织生命质量测定量表简表(world health organization quality of life-BREF, WHOQOL-BREF)评估,涵盖生理、心理、环境和社会关系 4 个领域,采用 5 级评分法(1~5 分),各领域得分越高提示生活质

量越佳。

### 1.3 统计学分析

应用 SPSS21.0 软件分析数据。计量资料均符合正态分布,以( $\bar{x} \pm s$ )表示,组间比较采用独立样本  $t$  检验,组内比较采用配对样本  $t$  检验;计数资料以[ $n(\%)$ ]表示,组间比较采用独立样本  $\chi^2$  检验。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者一般资料比较

两组患者一般资料比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。见表 1。

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

组别	性别		年龄 (岁)	文化程度		体质量指数 (kg/m <sup>2</sup> )	肿瘤类型		
	男	女		小学及以下	初中及以上		消化系统	呼吸系统	泌尿生殖系统
干预组( $n=60$ )	35(58.33)	25(41.67)	70.88±4.86	26(43.33)	34(56.67)	21.04±1.78	30(50.00)	24(40.00)	6(10.00)
对照组( $n=60$ )	33(55.00)	27(45.00)	71.60±5.84	27(45.00)	33(55.00)	20.87±1.87	32(53.33)	21(35.00)	7(11.67)
$t/\chi^2$ 值	0.136		-0.731	0.034		0.508	0.341		
$P$ 值	0.713		0.466	0.854		0.63	0.559		

### 2.2 两组患者疼痛情况比较

干预前,两组患者疼痛情况比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。干预后,两组患者 APS-POQ-R 量表中疼痛程度、疼痛信念、疼痛对生活的影响维度

评分均降低( $P < 0.05$ ),且干预组均低于对照组( $P < 0.05$ );疼痛控制满意度维度评分均升高( $P < 0.05$ ),且干预组高于对照组( $P < 0.05$ )。见表 2。

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

组别	疼痛程度		疼痛信念		疼痛对生活的影响		疼痛控制满意度	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
干预组( $n=60$ )	24.45±2.92	20.20±2.95 <sup>①</sup>	27.88±4.08	22.43±4.40 <sup>①</sup>	22.28±3.71	16.90±3.12 <sup>①</sup>	9.45±2.25	12.92±2.33 <sup>①</sup>
对照组( $n=60$ )	24.20±3.02	22.50±2.78 <sup>①</sup>	27.48±4.09	25.33±4.32 <sup>①</sup>	22.60±3.52	18.87±3.12 <sup>①</sup>	9.53±2.23	11.28±2.18 <sup>①</sup>
$t$ 值	0.461	-4.397	0.536	-3.644	-0.479	-3.450	-0.204	3.965
$P$ 值	0.646	<0.001	0.593	<0.001	0.633	0.001	0.839	<0.001

① $P < 0.05$ ,与同组干预前比较。

### 2.3 两组患者死亡态度比较

干预前,两组患者死亡态度比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。干预后,对照组各维度评分与干预前无统计学差异( $P > 0.05$ )。干预组患者

DAP-R 量表中死亡恐惧、死亡逃避维度评分均低于对照组( $P < 0.05$ );自然接受、趋近接受、逃离接受维度评分高于对照组( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 3 两组患者 DAP-R 评分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	死亡恐惧		死亡逃避		自然接受		趋近接受		逃离接受	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
干预组( $n=60$ )	4.52±1.20	2.95±0.85 <sup>①</sup>	4.42±1.03	3.42±1.23 <sup>①</sup>	2.98±0.77	4.03±0.84 <sup>①</sup>	2.67±0.95	3.80±0.73 <sup>①</sup>	3.92±0.81	4.98±0.83 <sup>①</sup>
对照组( $n=60$ )	4.37±1.09	4.38±1.22	4.73±1.18	4.48±1.05	3.13±0.77	3.05±0.75	2.63±0.94	2.80±0.94	4.12±0.85	3.97±0.82
$t$ 值	0.717	-7.450	-1.568	-5.121	-1.067	6.766	0.193	6.523	-1.324	6.725
$P$ 值	0.475	<0.001	0.119	<0.001	0.288	<0.001	0.847	<0.001	0.188	<0.001

① $P < 0.05$ ,与同组干预前比较。

## 2.4 两组患者睡眠质量比较

干预前,两组患者睡眠质量各维度评分比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。干预后,两组患者 PSQI 量表中睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠

效率、睡眠障碍、催眠药物、日间功能障碍维度评分及总分均降低( $P<0.05$ ),且干预组均低于对照组( $P<0.05$ )。见表 4。

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

组别	睡眠质量		入睡时间		睡眠时间		睡眠效率	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
干预组( $n=60$ )	2.23±0.65	1.15±0.36 <sup>①</sup>	2.10±0.84	1.08±0.83 <sup>①</sup>	1.98±0.89	1.15±0.55 <sup>①</sup>	2.28±0.72	1.08±0.56 <sup>①</sup>
对照组( $n=60$ )	2.22±0.72	1.57±0.56 <sup>①</sup>	2.15±0.71	1.47±0.79 <sup>①</sup>	2.03±0.76	1.42±0.50 <sup>①</sup>	2.42±0.72	1.35±0.61 <sup>①</sup>
$t$ 值	0.134	-4.826	-0.353	-2.590	-0.331	-2.795	-1.018	-2.501
$P$ 值	0.894	<0.001	0.725	0.011	0.741	0.006	0.311	0.014

续表 4

组别	睡眠障碍		催眠药物		日间功能障碍		总分	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
干预组( $n=60$ )	1.82±0.62	1.38±0.61 <sup>①</sup>	1.80±0.66	0.82±0.50 <sup>①</sup>	2.23±0.56	1.17±0.49 <sup>①</sup>	14.45±1.79	7.83±1.66 <sup>①</sup>
对照组( $n=60$ )	2.03±0.64	1.60±0.53 <sup>①</sup>	1.63±0.69	1.08±0.56 <sup>①</sup>	2.33±0.54	1.42±0.53 <sup>①</sup>	14.82±2.02	9.90±1.82 <sup>①</sup>
$t$ 值	-1.882	-2.075	1.355	-2.739	-0.991	-2.675	-1.052	-6.501
$P$ 值	0.062	0.040	0.178	0.007	0.324	0.009	0.295	<0.001

① $P<0.05$ ,与同组干预前比较。

## 2.5 两组患者生活质量比较

干预前,两组患者生活质量比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。干预后,两组患者 WHOQOL-

BREF 量表中心理、环境、社会维度评分均升高( $P<0.05$ ),且干预组均高于对照组( $P<0.05$ )。见表 5。

表 5 两组患者干预前后 WHOQOL-BREF 评分比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	生理		心理		环境		社会	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
干预组( $n=60$ )	50.85±4.97	62.33±5.93 <sup>①</sup>	55.70±8.94	69.32±6.96 <sup>①</sup>	65.92±8.58	77.37±9.10 <sup>①</sup>	64.05±4.73	71.42±5.06 <sup>①</sup>
对照组( $n=60$ )	50.23±5.65	56.30±5.86 <sup>①</sup>	53.53±8.66	61.23±9.14 <sup>①</sup>	68.82±8.45	73.20±8.62 <sup>①</sup>	63.77±5.09	67.97±4.72 <sup>①</sup>
$t$ 值	0.635	5.606	1.348	5.451	-1.866	2.576	0.316	3.864
$P$ 值	0.527	<0.001	0.180	<0.001	0.065	0.011	0.753	<0.001

① $P<0.05$ ,与同组干预前比较。

## 3 讨论

终末期肿瘤患者普遍面临中重度持续且难治性疼痛的疼痛困扰<sup>[11]</sup>。在疾病进程中,该类患者对于死亡的态度亦常呈现矛盾性,交织着恐惧、接纳、回避和对生命意义的追寻<sup>[12]</sup>。同时,癌症患者普遍存在睡眠障碍,多表现为入睡困难、睡眠浅、易醒和早醒等现象,进一步加剧身心负担<sup>[13-14]</sup>。上述症状与心理压力相互影响,可能导致癌症患者整体生活质量明显下降<sup>[15-16]</sup>。因此,在终末期肿瘤患者的安宁疗护中,仅关注躯体症状远远不够,还需从疼痛管理、心理调适、睡眠改善及生活质量提升等方面实施综合干预,以提供更全面、更具人文关怀的照护支持。本研究表明,与常规安宁疗护相比,尊严疗法联

合家庭叙事疗法可更有效地缓解终末期肿瘤患者的疼痛程度,改善其疼痛控制满意度;同时,该联合方案能够减轻患者对死亡的恐惧和逃避态度,提升对死亡的接纳程度;此外,该干预模式还明显改善了患者的睡眠质量与生活质量。究其可能原因,在疼痛管理方面,疗法通过重构生命意义和强化家庭支持,帮助患者缓解焦虑与无助感,从而改变对疼痛的认知评价,增强疼痛耐受性;在面对死亡态度方面,尊严疗法引导患者完成生命意义的整合,通过肯定个人价值减轻对死亡的恐惧,家庭叙事疗法则通过增强家庭纽带和情感联结,帮助患者获得面对死亡的精神力量,形成更积极的生死观;在改善睡眠方面,两种疗法共同减轻了患者的心理痛苦和夜间思虑,通过促进情绪释放和建立稳定的家庭支持节奏,有

效缓解影响睡眠的心理生理因素,帮助建立更安宁的睡眠状态;最后,生活质量的提升则源于二者的协同作用,尊严疗法增强自我价值感和生命意义,家庭叙事改善家庭功能和情感支持,两者联合从生理舒适、心理安宁到社会关系等多个层面促进整体生活质量的提升。裴郁等<sup>[17]</sup>研究发现,对晚期肺癌患者开展基于尊严疗法的安宁疗护,有助于提升其生活质量,并促进对死亡的理性接纳。刘萍等<sup>[18]</sup>研究认为,尊严疗法可有效缓解妇科晚期肿瘤患者的焦虑抑郁情绪,减轻癌痛程度,进而改善整体生活质量。在叙事干预方面,吴潘等<sup>[19]</sup>指出家庭叙事疗法能够增强晚期癌症患者的生命意义感,改善其应对方式;蒋逸雯等<sup>[20]</sup>也报道了叙事疗法在改善乳腺癌化疗患者情绪、睡眠及生活质量方面的积极作用。

综上,在终末期肿瘤患者安宁疗护中应用尊严疗法联合家庭叙事疗法,可有效缓解其疼痛程度,改善其对死亡的态度,并有利于提升患者睡眠质量与生活质量。

#### 参考文献

- [1] Kyota A, Kanda K. How to come to terms with facing death: a qualitative study examining the experiences of patients with terminal Cancer[J]. *BMC Palliative Care*, 2019, 18(1): 33.
- [2] 郭苗苗,袁玲,薛阳阳,等. 终末期肿瘤患者恶病质管理的最佳证据总结[J]. *护士进修杂志*, 2023, 38(13): 1205—1209, 1220.
- [3] Wisarith W, Sukcharoen P, Sripinkaew K. Spiritual care needs of terminal III cancer patients[J]. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2021, 22(12): 3773—3779.
- [4] 韩玉香,张淑彦,王凤菊,等. 跨理论模型沟通在终末期肿瘤患者预立医疗照护计划中的应用[J]. *护理管理杂志*, 2023, 23(12): 946—950.
- [5] Parast L, Haas A, Teno J, et al. Hospice care experiences among decedents with Huntington's disease[J]. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2022, 64(1): 70—79.
- [6] 吴璇,郑婵娟,夏嫦,等. 安宁疗护照护体系在老年终末期肿瘤患者中的应用研究[J]. *老年医学与保健*, 2025, 31(3): 809—813.
- [7] Gonzalez-Ling A, Galindo Vázquez O, Rascón-Gasca ML, et al. Dignity therapy in Mexican lung cancer patients with emotional distress: Impact on psychological symptoms and quality of life[J]. *Palliative & Supportive Care*, 2022, 20(1): 62—68.
- [8] Zhang Y, Li J, Hu X. The effectiveness of dignity therapy on hope, quality of life, anxiety, and depression in cancer patients: a meta-analysis of randomized controlled trials[J]. *International Journal of Nursing Studies*, 2022, 132: 104273.
- [9] Dane A, Berkman J, DeBortoli E, et al. Narrative therapy and family therapy in genetic counseling: a scoping review[J]. *Journal of Genetic Counseling*, 2025, 34(2): e1938.
- [10] Sun L, Liu X, Weng X, et al. Narrative therapy to relieve stigma in oral cancer patients: a randomized controlled trial[J]. *International Journal of Nursing Practice*, 2022, 28(4): e12926.
- [11] Giglio M, Preziosa A, Mele R, et al. Effects of an intrathecal drug delivery system connected to a subcutaneous port on pain, mood and quality of life in end stage cancer patients: an observational study [J]. *Cancer Control*, 2022, 29: 10732748221133752.
- [12] Kim A, Kim K. Factors that influence attitudes toward advance directives among female cancer patients[J]. *Journal of Hospice and Palliative Care*, 2023, 26(2): 80—94.
- [13] Mogavero MP, DelRosso LM, Fanfulla F, et al. Sleep disorders and cancer: State of the art and future perspectives[J]. *Sleep Medicine Reviews*, 2021, 56: 101409.
- [14] Büttner-Teleagă A, Kim YT, Osel T, et al. Sleep disorders in cancer—a systematic review[J]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021, 18(21): 11696.
- [15] Licu M, Ionescu CG, Paun S. Quality of life in cancer patients: the modern psycho-oncologic approach for Romania—a review [J]. *Current Oncology*, 2023, 30(7): 6964—6975.
- [16] Kane K, Kennedy F, Absolom KL, et al. Quality of life support in advanced cancer—web and technological interventions: systematic review and narrative synthesis[J]. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 2023, 13(e2): e221—e234.
- [17] 裴郁,皇甫冬梅,冷新玲,等. 基于尊严疗法的安宁疗护对肺癌晚期患者生命尊严及生命质量的影响[J]. *医学临床研究*, 2025, 42(8): 1402—1405.
- [18] 刘萍,陆滢滢. 家庭式参与尊严疗法对妇科晚期恶性肿瘤患者干预效果[J]. *中国计划生育学杂志*, 2024, 32(7): 1578—1581.
- [19] 吴潘,陈小红. 家庭叙事疗法在晚期癌症安宁疗护患者中的干预效果[J]. *中国社会医学杂志*, 2025, 42(4): 431—435.
- [20] 蒋逸雯,方淑华,王娟,等. 叙事疗法联合康复操对乳腺癌化疗患者负性情绪、睡眠及生活质量的影响[J]. *护理实践与研究*, 2023, 20(19): 2899—2904.

(收稿日期: 2025—09—20

修回日期: 2025—11—12)