

## ·综述·

## 癌性疼痛管理中的患者相关因素及干预措施

周焱, 万永慧

(武汉大学人民医院, 湖北武汉, 430060)

[关键词] 癌性疼痛; 管理; 护理

[中图分类号] R473.73 [文献标识码] A [文章编号] 1671-8283(2017)01-0078-05 [DOI] 10.3969/j.issn.1671-8283.2017.01.022

## Patient-related factors in pain management of cancer survivors and nursing intervention

Zhou Han, Wan Yonghui//Modern Clinical Nursing, -2017, 16(1):78.

(Wuhan University People's Hospital, Wuhan, 430060, China)

[Key words] cancerous pain; management; nursing intervention

国际疼痛研究学会将疼痛定义为与实际或潜在的组织损伤或类似损伤相关联的不愉快的感觉和情绪体验<sup>[1]</sup>。疼痛是肿瘤患者常见的症状之一, 约 25% 新诊断的恶性肿瘤患者、33% 正在接受治疗的肿瘤患者以及 75% 晚期肿瘤患者合并疼痛<sup>[2]</sup>。尽管随着医学的进步和发展, 癌症的治疗手段在不断地更新, 但疼痛仍然是肿瘤患者需要面对的一个普遍问题。癌痛不仅不利于癌症的治疗, 而且严重影响患者的生活质量。癌痛的控制受到肿瘤患者、医护人员以及相关医疗制度等多方面因素的

影响, 本文就癌痛患者疼痛控制现状、相关因素及干预措施综述如下。

## 1 肿瘤患者疼痛控制现状

尽管 WHO 已经发布了疼痛控制的阶梯治疗方案, 疼痛仍然是困扰肿瘤患者的重要因素<sup>[3]</sup>。控制不佳的疼痛无疑会降低肿瘤患者的生活质量, 更重要的是, 疼痛对于肿瘤患者忍受治疗的痛苦、从疾病回归家庭, 甚至平和地走向死亡都有着重要的影响<sup>[4]</sup>。目前, 癌症的发病率在我国呈逐年上升趋势, 2015 年我国新发肿瘤病例约达 393.9 万例<sup>[5]</sup>, 而癌痛治疗情况并不理想。国外研究显示<sup>[6-7]</sup>, 约 40%~63% 的癌症患者遭受疼痛的困扰, 在这些患

[收稿日期] 2016-06-03

[作者简介] 周焱(1989-), 女, 湖北武汉人, 护师, 硕士, 主要从事肿瘤护理工作。

## 参考文献:

- [1] 罗颖, 戴旭姣, 宋琳娜. 品管圈活动提高基层医院手术器械准备完好率[J]. 护理学杂志, 2014, 29(12):40-42.
- [2] 黄瑛. 应用手术器械准备指引降低手术室器械准备缺陷效果观察[J]. 中国社区医师, 2011, 13(30):289-290.
- [3] NEAL L A, WASTSON D, HICKS T, et al. Root cause analysis applied to the investigation of serious untoward incidents in mental health services[J]. Psychiatr Bull, 2004 (28):75-77.
- [4] EASE C J, DAVIES J M, REASON J. Accident analysis of largescale technological disasters applied to an anaesthetic complication[J]. Can J Anaesth, 1992(39):118-122.
- [5] 曾月英. 根本原因分析法在提高消毒供应中心工作质

量中的应用[J]. 中国护理管理, 2011, 11(1):19-21.

- [6] 张幸国. 医院品管圈活动实战与技巧[M]. 杭州: 浙江大学出版社, 2010:5.
- [7] 魏兰双, 杜建温, 王立红, 等. 降低手术器械准备工作缺陷的对策[J]. 中国当代医药, 2013, 20(7):142-143.
- [8] 郑小伟, 王玲. 根本原因分析在护理安全管理中的应用[J]. 中国护理管理, 2009, 9(6):67.
- [9] CHOKSI V R, MARN C, PIOTROWSKI M M, et al. Illustrating the rootcause-analysis process: creation of a safety for the notification of critical findings in diagnostic imaging[J]. J Am Coll Radiol, 2005(2):768-776.
- [10] 徐玉云, 黄燕梅. 根本原因分析法在降低手术室护理不良事件中的应用[J]. 现代临床护理, 2012, 11(7):76-77.

[本文编辑: 郑志惠]

者中,25%的患者未得到治疗,63.4%的患者治疗不充分。国内调查显示<sup>[8]</sup>,我国癌痛患者只有41%能够得到有效缓解,对于晚期癌痛患者来说,疼痛缓解率仅有25%。周玲君等<sup>[9]</sup>对上海市746例癌症患者进行调查,发现52.9%的患者认为疼痛没有缓解。另一项多中心的调查显示<sup>[10]</sup>,肿瘤患者疼痛未控制的情况高达37.74%。而从患者对镇痛效果的满意程度来看,ANTÓN等<sup>[11]</sup>研究发现,67%的患者对疼痛治疗效果满意,约30%的患者对疼痛的控制效果并不满意,饱受疼痛折磨。国内调查发现<sup>[12]</sup>,47.15%的患者认为疼痛控制效果一般,另有38.26%的患者对镇痛效果不满意。

## 2 癌痛管理障碍中患者的相关因素

### 2.1 对癌痛的认知

疼痛对人的影响机制是一种复杂的、多维的体验。疼痛神经网络理论认为<sup>[13]</sup>,疼痛不是个体对组织伤害、炎症等刺激的直接反应,而是大脑神经网络综合信号输出的结果,而这些与疼痛相关的神经网络也参与了人的认知、情绪等活动。认知活动能通过影响大脑的疼痛感觉,进一步影响与疼痛相关的病理生理反应。因此,肿瘤患者对癌痛的认知对癌痛的控制有着重要的影响<sup>[14]</sup>。在临床工作中,常遇到以下几种不良认知<sup>[15-17]</sup>:①患者担心疼痛是肿瘤进展的信号,认为药吃得越多表示病情越重,不愿如实告诉医师自己真实的癌痛情况;②宿命论的信仰,认为癌症疼痛是命运,不可避免和不可控制,无需治疗;③认为忍痛是一种美德,向他人述说疼痛是懦弱的表现;④认为出现疼痛是疾病到了晚期,感到悲观和绝望,不愿接受治疗。此外,认知还与东西方文化差异有关,一项Meta分析<sup>[18]</sup>对比了东西方在癌痛管理障碍方面的差异发现:亚洲患者的癌痛管理障碍明显高于西方国家,尤其是在担心疼痛提示疾病进展和宿命论两个方面。LI等<sup>[19]</sup>的研究也得出类似的结论,并认为这可能与亚洲文化受孔子儒家思想的影响有关:患者习惯于压抑自己的感受,宁愿忍受疼痛也不愿意积极治疗。以上不良认知均可导致患者不愿意如实讲述疼痛程度、不愿意使用镇痛药物,以及治疗依从性差等行为。因此,在临床工作中医护

人员应注意有效评估和识别以上不良认知,重视认知对疼痛控制的影响。

### 2.2 对药物不良反应的认知

WHO的癌痛控制指南认为<sup>[20]</sup>,口服阿片类药物是缓解癌痛的首选途径。而研究显示<sup>[21-22]</sup>,遵医嘱服用止痛药物的患者比例从32.98%~49.74%不等。究其原因,恐惧止痛药成瘾、担心药物不良反应以及害怕止痛药物耐受是3大主要因素。JACOBSEN等<sup>[23]</sup>发现,肿瘤患者对癌痛治疗的主要担忧为药物的不良反应,约33.3%的癌症患者由于药物副反应而停止服用止痛药物。约旦一项类似的研究<sup>[24]</sup>对50例接受药物治疗的癌症患者进行疼痛障碍问卷(barrier questionnaire,BQ)调查,结果显示患者的主要顾虑为止疼药物成瘾和药物副反应。

国内方面,郁秋华等<sup>[25]</sup>对某医院肿瘤科未服用吗啡患者用自行设计的问卷进行问卷调查,发现63.2%的患者担心吗啡成瘾;60.9%患者担心吗啡耐药性,害怕随着时间延长止痛药的剂量会增加;57.4%患者担心吗啡的不良反应。林小燕等<sup>[26]</sup>对228例癌症患者进行调查发现,患者在止痛治疗中最担心的因素主要有成瘾(38.89%)和不良反应(37.78%)。而在罗帼英<sup>[27]</sup>的调查中,担心止痛药物不良反应成为癌痛控制不佳的首要原因,比例高达49.6%,紧随其后的为害怕药物成瘾,占47.1%。研究发现<sup>[28]</sup>,癌痛患者对于止疼药的错误观念和消极态度普遍存在,反映出患者对健康知识的缺乏,因此加强癌症患者的疼痛健康教育非常重要。

### 2.3 心理因素

癌性疼痛与心理因素有关(情感障碍、抑郁、焦虑、不确定感和绝望),心理因素不仅影响疼痛的感受,而且会影响患者应对疼痛方式<sup>[29]</sup>。疼痛、疲劳和情绪障碍被认为是肿瘤患者最常见的3种合并症状。大约30%~40%的肿瘤患者在积极接受治疗的同时伴有情绪障碍,而许多其他社会心理反应也与癌痛相关<sup>[30]</sup>。临床工作者已经开始关注疼痛、抑郁、疲劳3者的关系,并将她们合称为“症状群(symptoms cluster)”:两个或两个以上的症状一起发生的高度可预测性<sup>[31]</sup>,并认为3者之间有一定的关联。

国内报道癌痛患者焦虑的发生率为 48.4%<sup>[32]</sup>。张天燕等<sup>[33]</sup>发现,234 例癌症患者中,抑郁的发生率为 56.41%,而疼痛组的患者抑郁症状的发生率(70.9%)明显高于无疼痛组抑郁发生率(36.36%)( $P<0.01$ )。此外,抑郁的发生及其严重程度与是否存在疼痛、疼痛的分级呈正相关,疼痛是恶性肿瘤患者产生抑郁的重要原因之一。由于癌痛的治疗常常以药物为主,疼痛的心理影响常常被低估,综观国内外相关指南我们认为,一个成功的癌痛管理需要多学科的方法,心理因素的干预应被列入其中。

## 2.4 自我效能

疼痛自我效能是疼痛患者对自己是否能应对疼痛相关症状,管理疼痛的推测和判断,与自身的疼痛控制、心理状态和躯体功能有着紧密的联系<sup>[34]</sup>。JERANT 等<sup>[35]</sup>分析了 244 名癌痛患者的疼痛状况,认为疼痛自我效能与癌痛程度之间呈负相关。MALY 等<sup>[36]</sup>对低收入乳腺癌患者调查发现,自我效能感较高的患者对疼痛的控制有更坚定的决心,她们更善于与医生积极沟通以解决疼痛问题。MOSHER 等<sup>[37]</sup>的研究提示,癌痛控制不佳的患者自我效能往往更低,对疼痛控制也缺乏信心,相反地,疼痛对患者疼痛自我效能感也有重要的影响,研究认为,以疼痛自我效能感为切入点进行干预可为临床癌痛管理提供一个新的思路。

## 3 干预措施

### 3.1 健康教育

健康教育被认为是帮助患者有效管理疼痛时不可缺少的内容。健康教育不仅在改变癌痛相关不良认知方面起到积极的作用,更能有效地帮助患者消除对止痛药物的偏见。在改变癌痛相关不良认知方面,WARD 等<sup>[38]</sup>基于对疾病的认知和观念转变理论,用一种创新的方法对癌痛患者进行健康教育,叫做表征法干预 (representational intervention to decrease cancer pain, RID cancer pain),其对缓解癌痛有积极作用。RID 遵循“发现患者错误信念”到“解决错误信念”的逻辑对患者进行健康教育,主要分为:研究者通过患者的自述评估患者的错误观念;对错误观念进一步探讨;错误观念所带来的问题;提供替换的信息;总结。该方法的主

要目的是通过克服癌痛患者的错误信念来提高癌痛管理的效果。

癌痛患者对止痛治疗的偏见及知识缺乏是导致癌痛控制不佳的重要因素。已经有充分的证据表明<sup>[39-42]</sup>,为癌痛患者提供药物相关知识的健康教育,有助于改变患者害怕对阿片类药物成瘾、药物耐受以及药物副反应的情况,提高患者遵医行为,帮助患者更好地管理疼痛。为了提高对癌痛管理的干预效果,TSE 等<sup>[43]</sup>认为,在健康教育开始前先对患者的癌痛知识进行评估,然后再针对性地提供癌痛相关知识,能够起到事半功倍的效果。

### 3.2 其他方法

3.2.1 心理干预 许多研究均证实了心理因素对癌痛的积极作用。一项 30 例的自身前后对照干预<sup>[44]</sup>表明,以患者为中心的认知行为干预 (cognitive behavioral therapy, CBT) 可以缓解肿瘤患者日常疼痛、疲劳和睡眠障碍。此外,想象、认知行为治疗 (cognitive behavioral therapy, CBT)/处理策略培训 (processing strategy training, PST) 也被认为能单独改善所有 3 个癌症相关症状(疼痛、疲劳和睡眠障碍);放松干预可改善疼痛和睡眠障碍;音乐干预可有效缓解疼痛和疲劳<sup>[45]</sup>。JENSEN 等<sup>[46]</sup>证实了催眠可缓解乳腺癌患者疲劳、疼痛,改善睡眠质量。相比之下,催眠对癌痛影响的研究相对较少,但催眠可能是有效的。KROENKE 等<sup>[47]</sup>认为,患者抑郁程度的改善对癌痛有着重要的影响,并提出如果能在癌痛管理的同时对患者的焦虑和抑郁进行干预,那么疼痛的控制效果会更好。

3.2.2 自我效能干预 钟灵等<sup>[48]</sup>对中、重度癌痛患者进行自我效能干预后发现,干预后的患者疼痛不仅在痛程度上有所缓解,生活质量也有显著提高。ZHANG 等<sup>[49]</sup>对 252 例大肠癌患者进行分析发现,患者自我效能对于疼痛程度的缓解以及疼痛等症状对日常生活的影响均起到了重要的作用,并认为对自我效能进行干预能缓解癌症相关症状。

尽管以上研究发现自我效能感和疼痛之间的相关性,但 BAKER<sup>[50]</sup>认为漏掉了一种可能性:即低自我效能的患者承受着较多的痛苦这一现象是由痛苦本身决定的,其指出目前的研究只能说明自



我效能造成症状的减少,反过来则未必。因此,尽管 ZHANG 等<sup>[49]</sup>的研究有其优势,但认为对自我效能进行干预来缓解大肠癌患者的疼痛这一结论仍然值得讨论。

#### 4 小结

疼痛对于肿瘤患者来说往往是普遍而控制不足的。本文综述了患者癌痛控制现状及与患者有关的影响癌痛因素,认为不良认知、药物因素、心理因素以及患者的自我效能与癌痛控制相关。权威指南<sup>[2]</sup>已指出,成人癌痛的管理必须是综合性地,而有关肿瘤患者心理需求和癌痛的关系也在近几年被越来越多的讨论,认为健康教育以及心理支持是疼痛管理的核心部分。建议医护人员在今后的工作中能够跨学科地将药物与非药物治疗相结合,帮助患者更有效地控制疼痛。

#### 参考文献:

- [1] HARVEY A M. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain term [J]. *Clinical Journal of Pain*, 1995, 11(2): 163.
- [2] SWARM R A, ABERNETHY A P, ANGHELESCU D L, et al. Adult cancer pain clinical practice guidelines in oncology [J]. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network Jncn*, 2013, 11(8): 992-1022.
- [3] MARCUS D A. Epidemiology of cancer pain [J]. *Journal of Headache & Pain*, 2011, 15(4): 231-234.
- [4] PAICE J A, FERRELL B. The management of cancer pain [J]. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 2011, 61(3): 157-182.
- [5] 陈万青, 郑荣寿, 曾红梅, 等. 中国恶性肿瘤发病趋势分析和预测 [J]. *中华预防医学杂志*, 2012, 46(7): 581-586.
- [6] GLARE P A, DAVIES P S, FINLAY E, et al. Pain in cancer survivors [J]. *Journal of Clinical Oncology Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 2014, 32(16): 1739-1747.
- [7] SHAHEEN P E, LEGRAND S B, WALSH D, et al. Errors in opioid prescribing: a prospective survey in cancer pain [J]. *Journal of Pain & Symptom Management*, 2010, 39(4): 702-711.
- [8] 武林鑫, 孙莉. 癌痛治疗不足的现状与原因 [J]. *肿瘤防治研究*, 2014, 41(4): 421-424.
- [9] 周玲君, 邱彩锋, 李雪玉, 等. 上海市癌痛控制现状的调查 [J]. *解放军护理杂志*, 2007, 24(2): 25-27.
- [10] 李之曦, 贾钰铭, 李志斌, 等. 四川省癌症疼痛现状调查 [C]. 青岛: 第八届全国癌症康复与姑息医学大会论文集, 2012: 166-180.
- [11] ANTÓN A, MONTALAR J, CARULLA J, et al. Pain in clinical oncology: patient satisfaction with management of cancer pain [J]. *Eur J Pain*, 2012, 16(3): 381-389.
- [12] 王薇, 曹邦伟, 宁晓红, 等. 北京市癌痛控制 20 年进步与挑战——北京市多中心癌痛状况调查 (FENPAI4090) [J]. *中国疼痛医学杂志*, 2014, 20(1): 5-17.
- [13] 孟景, 沈林, TODD JACKSON, 等. 疼痛对心理的影响及其机制 [J]. *心理科学进展*, 2011, 10(19): 1493-1501.
- [14] 马丽丽, 王文丽, 赵丽萍. 癌症患者疼痛信念的研究进展 [J]. *护理学杂志(综合版)*, 2013, 28(12): 84-86.
- [15] HAOZOUS E A, KNOBF M T, BRANT J M. Understanding the cancer pain experience in American Indians of the Northern Plains [J]. *Psycho-Oncology*, 2011, 20(4): 404-410.
- [16] 付丽萍, 叶美珍, 朱燕丽. 癌痛患者服药依从性影响因素的质性研究 [J]. *中华现代护理杂志*, 2014, 49(8): 931-933.
- [17] TIM L, DAVIDSON P M, ANNA G, et al. Assessment and management of adult cancer pain: a systematic review and synthesis of recent qualitative studies aimed at developing insights for managing barriers and optimizing facilitators within a comprehensive framework of patient care [J]. *Journal of Pain & Symptom Management*, 2013, 46(2): 229-253.
- [18] CHEN C H, TANG S T, CHEN C H. Meta-analysis of cultural differences in Western and Asian patient-perceived barriers to managing cancer pain [J]. *Palliative Medicine*, 2012, 26(3): 206-221.
- [19] LI Y X, YU J Q, TANG L, et al. Cancer pain management at home: voice from an underdeveloped region of China [J]. *Cancer Nursing*, 2013, 36(4): 326-334.
- [20] 叶序卷, 任国胜, 姚兰, 等. 癌痛规范化治疗的制约因素分析 [J]. *医学与哲学*, 2014, 35(5): 81-83.
- [21] 丁玥, 杨萍, 孙丽秋, 等. 北京市 30 家医院住院癌症患者疼痛及控制状况的调查 [J]. *中华护理杂志*, 2011, 46(3): 282-285.
- [22] 钟金霞, 陈小琼, 李雁玲, 等. 影响癌痛患者疼痛治疗依从性原因分析及护理对策 [J]. *护理实践研究*, 2009, 6(5): 20-22.
- [23] JACOBSEN R, SAMSANAVICIENE J, LIUABARSKIENE Z, et al. Barriers to pain management among lithuanian cancer patients [J]. *Pain Practice*, 2010, 10(2): 145-157.
- [24] AL QADIRE M. Patient-related barriers to cancer pain management in Jordan [J]. *Journal of Pediatric Hematology/oncology*, 2012, 34, 1(3): S28-31.
- [25] 郁秋华, 傅帅湘. 癌性疼痛患者应用吗啡的影响因素及分析 [J]. *上海护理*, 2011, 11(3): 11-13.
- [26] 林小燕, 杨菁, 赖金火, 等. 癌症患者疼痛治疗依从性

- 的影响因素分析[J].中国疼痛医学杂志,2013,19(6):373-375.
- [27] 罗帼英. 癌痛患者缺乏规范止痛治疗状况的调查研究[J].护理研究,2011,25(3):204-205.
- [28] 周琳,彭幼清,俞海萍.癌痛患者对使用止痛药治疗态度的研究进展[J].护理研究,2014,28(30):3715-3718.
- [29] SYRJALA K L, JENSEN M P, MELENA M, et al. Psychological and behavioral approaches to cancer pain management[J]. Journal of Clinical Oncology Official Journal of the American Society of Clinical Oncology,2014,32(16):1703-1711.
- [30] MITCHELL A J, CHAN M, BHATTI H, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies [J]. Lancet Oncology,2011,12(2):160-174.
- [31] AKTAS A, WALSH D, RYBICKI L. Symptom clusters: myth or reality?[J]. Palliat Med,2010,24(4):373-385.
- [32] 程少会,付占昭,王蕴,等.癌症疼痛患者焦虑状态分析[J].山东医药,2010,50(48):14.
- [33] 张天燕,安波,杨娟丽,等.癌痛患者抑郁情绪的调查及影响因素分析[J].中国疼痛医学杂志,2012,18(6):350-353.
- [34] 何海燕,朱京慈,彭娜.癌痛自我效能感影响因素的研究[J].护理研究,2010,24(8):1987-1991.
- [35] JERANT A, FRANKS P, KRAVITZ R L. Associations between pain control self-efficacy, self-efficacy for communicating with physicians, and subsequent pain severity among cancer patients[J]. Patient Education & Counseling, 2011,85(2):275-280.
- [36] MALY R C, LIU Y, LEAKE B, et al. Treatment-related symptoms among underserved women with breast cancer: the impact of physician - patient communication[J]. Breast Cancer Research & Treatment,2010,119(3):707-716.
- [37] MOSHER C E, KNEGERT D. Self-efficacy for coping with cancer in a multiethnic sample of breast cancer patients: associations with barriers to pain management and distress [J]. Clinical Journal of Pain,2009,26(3):227-234.
- [38] WARD S, DONOVAN H, GUNNARSDOTTIR S, et al. A randomized trial of a representational intervention to decrease cancer pain (RIDcancerPain)[J]. Health Psychology Official Journal of the Division of Health Psychology American Psychological Association,2008,27(1):59-67.
- [39] ROSALIND ADAM, CHRISTINE BOND, PETER MURCHIE. Educational interventions for cancer pain. A systematic review of systematic reviews with nested narrative review of randomized controlled trials [J]. Patient Education and Counseling,2015,98:269-282.
- [40] MARTIN M Y, MARIA P, KVALE E A, et al. Developing effective cancer pain education programs [J]. Current Pain & Headache Reports,2012,16(4):332-342.
- [41] BENNETT M I, FLEMMING K, CLOSS S J. Education in cancer pain management [J]. Acta Metallurgica,2011,5(1):20-24.
- [42] ZHOU L, LIU X L, TAN J Y, et al. Nurse-led educational interventions on cancer pain outcomes for oncology outpatients: a systematic review [J]. International Nursing Review, 2015,62(2):218-230.
- [43] TSE, MIMI M Y, WONG, ADRIAN C F, et al. The effect of a pain management program on patients with cancer pain [J]. Cancer Nursing,2012,35(6):438-446.
- [44] KWEKKEBOOM K L, KRISTEN A A, BRITT W. Feasibility of a patient-controlled cognitive-behavioral intervention for pain, fatigue, and sleep disturbance in cancer [J]. Oncology Nursing Forum,2010,37(3):151-159.
- [45] KWEKKEBOOM K L, CHERWIN C H, LEE J W, et al. Mind-body treatments for the pain-fatigue-sleep disturbance symptom cluster in persons with cancer [J]. Journal of Pain & Symptom Management, 2010,39(1):126-138.
- [46] JENSEN M P, GRALOW J R, BRADEN A, et al. Hypnosis for symptom management in women with breast cancer: a pilot study [J]. International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis,2012,60(2):135-159.
- [47] KROENKE K, THEOBALD D, WU J, et al. Effect of tele-care management on pain and depression in patients with cancer: a randomized trial [J]. Jama the Journal of the American Medical Association,2011,304(2):163-171.
- [48] 钟灵,张大铮,周玲.自我效能干预对门诊癌痛患者疼痛程度及生活质量的影响[J].癌症进展,2015,13(6):654-657.
- [49] ZHANG M F, ZHENG M C, LIU W Y, et al. The influence of demographics, psychological factors and self-efficacy on symptom distress in colorectal cancer patients undergoing post-surgical adjuvant chemotherapy [J]. European Journal of Oncology Nursing,2015,19(1):89-96.
- [50] BAKER S C. Measurement reliability and effect direction for self-efficacy and pain in colorectal cancer patients [J]. European Journal of Oncology Nursing,2015,19(1):97.

[本文编辑:刘晓华]