

食管癌患者希望水平的研究进展

韩娇, 王丽娜

(新乡医学院第一附属医院, 河南卫辉, 453100)

[关键词] 食管癌患者; 希望水平; 护理

[中图分类号] R473.73 [文献标识码] A [文章编号] 1671-8283(2017)11-0077-06 [DOI] 10.3969/j.issn.1671-8283.2017.11.018

Hope level of esophageal cancer patients: a literature review

Han Jiao, Wang Lina//Modern Clinical Nursing, -2017, 16(11): 77.

(The Quality and Safety Control Office, the First Affiliated Hospital, Xinxiang Medical University, Weihui, 453100, China)

[Key words] esophageal cancer patients; hope level; nursing

食管癌是一种常见的消化道肿瘤, 我国的食管癌患者占全世界的 1/2 以上, 发病率居全世界之首, 目前手术、化疗和放疗是治疗食管癌的重要方案, 通过手术治疗, 患者的中位生存期约为 18 个月, 5 年生存期仅为 23%, 但手术及化疗和放疗给患者带来了焦虑、无助、甚至绝望等严重的心理应

激反应^[1], 导致其产生诸多适应性不良的行为, 进而影响患者的生活质量及康复预后。希望是一种动力和能量, 它能够有效帮助个体应对困难并克服困难^[2], 还可以鼓励患者实现生活目标, 改善患者生理、心理健康状况, 提高其生活质量^[3]。随着食管癌发病率呈逐年上升趋势, 以往研究学者对患者的研究尤其是心理的关注度较少。本文对近年来关于食管癌患者希望水平的测量工具、食管癌患者的希望水平的影响因素及护理干预进行综述, 为维护患者心理健康及提高其生活质量提供参考和依据, 现报道如下。

[收稿日期] 2017-06-28

[作者简介] 韩娇(1990-), 女, 河南新乡人, 硕士在读。

[通信作者] 王丽娜, 副主任护师, 硕士, E-mail: hanjiao1106@163.com。

inpatient rehabilitation [J]. Psychogeriatrics, 2016, 16 (3): 185-190.

[43] MORRIS J H, VAN WIJCK F, JOICE S, et al. Predicting health related quality of life 6 months after stroke: the role of anxiety and upper limb dysfunction[J]. Disability and Rehabilitation, 2013, 35(4): 291-299.

[44] MELLOM L, WILLIAMS D, BREWER L, et al. Psychological symptoms and quality of life post-stroke. A profile of Irish stroke survivors from the ASPIRE-S cohort [J]. Journal of Psychosomatic Research, 2016(85):74.

[45] VISSER M M, HEIJENBROK-KAL M H, VAN T SPIJKER A, et al. Problem-solving therapy during outpatient stroke rehabilitation improves coping and health-related Quality of Life: Randomized Controlled Trial [J]. Stroke, 2016, 47(1): 135-142.

[46] VINCENT-ONABAJO G, MUHAMMAD M, ALI M, et al.

Social support after stroke: influence of source of support on stroke survivors' health-related quality of life [J]. International Neuropsychiatric Disease Journal, 2016, 5 (1): 1-9.

[47] KRUTHOF W J, VAN MIERLO M L, VISSER-MEILY J M, et al. Associations between social support and stroke survivors' health-related quality of life—a systematic review [J]. Patient Education and Counseling, 2013, 93(2): 169-176.

[48] 商敏, 王玉凤, 杨凤梅, 等. 系统康复治疗对脑卒中恢复期患者认知功能、运动功能及生活质量的影响 [J]. 中国老年学杂志, 2014(23): 6551-6553.

[49] 覃林, 韦霞, 刘琳, 等. 太极运动对脑卒中患者运动、情绪及生活质量影响的系统评价和 Meta 分析 [J]. 中国组织工程研究, 2016, 19(2): 297-303.

[本文编辑: 郑志惠]

1 希望水平的概念

心理学与精神病学文献把希望定义为一种改善可怕结局的渴望,把它作为一个有目标性(面向未来)的积极情绪状态,一个暗示倾向于采取积极人生观的内在特质^[4-5]。希望是一种自信,但这也不太确切,对于拥有希望的人来说,实现一个美好的未来是切实可行的并且对自己十分重要^[6]。HERTH^[7]认为,希望是多维的概念,它是一种信念,它使人们相信目前的状况是可以改变的,而且不久的将来会有一种积极的、现实的、期待的目标可以实现,它也可看作是人们对实现目标的一种自信心,是个体与其它个体精神之间相互依赖、相互联系的一种认知。一般情况下,希望在个体意识中并不呈现出来,但是当个体面临某种危机或冲突时,比如被诊断为癌症,希望便会进入个体意识之中。希望水平是指个体在从事某种行动之前自我估计所能达到的目标水平。希望特质理论强调^[8-9],希望是调节情绪及心理适应的重要心理机制,作为积极心理的核心资本,是预测主观幸福感的重要因素^[10]。并且提出了希望思维的两个组成部分:一种是路径思维,即一种可以把实现目标的方法理论化的能力;另一种是动力思维,即使用这些途径的感知能力。虽然人们经常把希望与其他认知理论、动机理论联系在一起^[11],但它还是有别于这些理论的。在目标导向的积极认知过程方面,希望不同于乐观主义;从跨情境观点并且同样强调动力和途径思维来说,希望又跟自我效能不同^[12]。

2 食管癌患者希望水平的相关测量工具

目前,关于食管癌患者希望水平的测量工具较少,其相关的测量工具主要包括以下的4种。

2.1 希望量表 (hope scale, HS)

该量表由 GOTTSCALK^[13]于 1974 年研制而成,是最早用于测量希望水平的量表。该量表主要采用内容分析法进行评估,要求被评估者尽量详细地描述过去的 4 年里发生的重要生活事件,之后由 4 位评估者分别阅读每个生活事件,对这些事件进行评分。量表运用 7 等分法,其中 4 个是富于希望的得分,3 个是缺乏希望的得分。量表

Cronbach's α 系数为 0.61。

2.2 米勒希望量表 (Miller hope scale, MHS)

该量表由 MILLER^[14]于 1988 年从不同学科综合审视希望的内涵,之后编制而成,主要适用于测量健康成年人的希望水平。量表共 40 个条目,包括积极和消极两个方面,采用 Likert 6 级计分法,总分 40~240 分,分值越高表示希望水平越高^[15-16]。此量表的内部一致性系数为 0.93,两周后的再测信度为 0.82,经因素分析检验,量表具有良好的结构效度。目前,国内的研究学者较少使用此量表。

2.3 成人素质希望量表 (adult dispositional hope scale, ADHS)

该量表由 SNYDER 等^[17]的希望理论为架构制定而成,其内部一致性信度在 0.74~0.84 之间,又测相关系数为 0.80 左右,亦有良好的结构效度和预测效度,主要适用于 15 岁以上群体测验的量表,不要求被试者阅读能力,该量表在成人及大学生的希望水平测量中比较广泛^[18]。量表共 12 个条目 2 个因子,包括路径思维(条目 1、4、6、8)和动力思维(条目 2、9、10、12),为了防止标签效应,另外 4 个条目(条目 3、5、7、11)用于转移被试者注意力而设定,不作计分。量表采用 Likert 4 级计分法,1~4 分依次为绝对错误、大部分情况下错误、大部分情况下正确、绝对正确,各条目均采取正向计分,总分 8~32 分,分值越高说明其希望水平越高。陈灿锐等^[19]以中学生和大学生为研究对象,对中文版成人希望量表进行信效度检验,测得 Cronbach's α 系数为 0.78,重测信度为 0.86。

2.4 Herth 希望量表 (herth hope index, HHI)

该量表由 HERTH^[7]于 1991 年编制而成,之后赵海平等^[20]翻译成中文版 Herth 希望量表,其重测信度为 0.92, Cronbach's α 系数为 0.87,结构效度为 0.85,信效度良好,主要适用于测量健康的、患有慢性疾病或癌症的成年人的希望水平,设计简单,易于使用,较广泛的应用于国内护理方面的科研中。量表共 12 个条目 3 个维度,包括对现实和未来的积极态度 (temporality and future, T)、采取积极的行动 (positive readiness and expectancy, P)、与他人保持亲密的关系 (inter-connectedness, I)。采用 Likert 4 级计分法,1~4 分依次为非常反对、反对、同意、非常同

意,其中条目3和6采取反向评分,其它各条目均采用正向计分,总分12~48分,分值越高说明希望水平越高,12~23分为低水平,24~35分为中等水平,36~48分为高水平。王艳华^[21]研究显示,该量表的重测信度为0.86,Cronbach's α 系数为0.97,其结构效度为0.85,具有良好的信效度。

3 食管癌患者希望水平现状

食管癌的治疗方式有手术治疗、化疗和放疗,食管癌患者选择的治疗方式不同,加之所处治疗方式不同阶段的差异,其希望水平也相差甚远。岑俏丹等^[22]采用HHI量表对106例食管癌晚期进食困难患者进行调查,结果显示,患者希望水平总分(23.77 ± 7.55)分,处于较低水平;刘珺等^[23]采用HHI量表对食管癌住院患者进行社会支持与希望的相关性分析时,发现50例食管癌患者希望水平得分为(26.4 ± 6.51)分,处于中等水平;殷静静等^[24]采用HHI量表对96例食管癌术后临近出院患者进行调查,结果发现患者希望水平得分为(35.64 ± 2.85)分,处于中高等水平;朱瑞杰等^[25]采用HHI量表对食管癌患者进行调查,结果显示,食管癌患者术前、术后希望水平得分分别为(33.0 ± 3.3)分、(32.2 ± 3.1)分。以上研究所用量表一致但结果存在差异,原因主要是以上的研究选择的对象是处于不同情况下的食管癌患者。随着食管癌的发展,其分期也各异,导致处于不同情况下的食管癌患者其希望水平存在差异。对以上结果进行分析发现,晚期食管癌进食困难的希望水平最低。疾病可治愈、身体健康可恢复之前状态是食管癌患者未来的期望。相对于治疗时期的手术或放化疗患者,晚期进食困难食管癌患者总体病情相对较严重,患者长期进食困难或进食甚少造成营养缺乏,影响身体的康复,使其对未来疾病康复和预后的期望失去信心;放化疗患者治疗的同时伴有恶心呕吐、食欲下降、焦虑抑郁等副作用,期间造成患者对未来的态度和行动的消极认知,影响其希望水平;有部分患者认为,手术摘除肿瘤后身体将逐渐恢复,从而对今后生活充满信心和希望,因此术后患者希望水平下降不太明显。为此,在以后临床护理工作中,护理工作者需正确判断患者病情所

处的阶段,重视提高患者对自身疾病恢复及未来生活质量的积极动力。期望今后的研究多关注食管癌患者单纯放化疗或综合治疗时期希望水平,并且可以尝试对手术患者出院后希望水平作长期跟踪,以更全面了解患者围手术期希望变化,为提升食管癌患者希望水平制订护理策略提供依据。

4 食管癌患者希望水平的影响因素

4.1 社会人口学因素

4.1.1 婚姻状况 殷静静等^[24]采用HHI量表对96例食管癌术后患者希望水平及其影响因素进行了调查,结果显示,已婚患者希望水平得分(36.18 ± 3.22)分高于失(未)婚患者(35.12 ± 3.83)分,差异有统计学意义($t=4.26, P<0.05$),这与SCHJOLBERG等^[26]的结果相一致。希望能够增强患者战胜疾病的力量,患者的希望来自周边尤其是配偶的支持与帮助更多,而医护人员作为与患者接触最多的治疗者与照护者,在与食管癌住院患者交流时,及时关注失(未)婚患者希望水平状况,深入了解失(未)婚患者的苦恼与想法,对增强患者的自我存在感具有一定现实意义。

4.1.2 经济状况 食管癌患者在治疗过程中,手术以及后续的多次化疗使患者面临着高昂的医疗费用。研究显示^[24],食管癌患者家庭人均收入和医疗付费是影响其术后希望水平的主要因素,并且医疗付费组中公费或医保患者希望水平高于新农村合作医疗患者,患者家庭人均月收入 >2000 元患者希望水平高于人均月收入 $1000 \sim 2000$ 元的患者,人均月收入 <1000 元组患者的希望水平最低。经济水平是患者抵抗疾病的一种外在资源,患者报销比例越高、家庭人均月收入越高,外在压力相对较低者越少,其希望水平则越高。护理人员应鼓励患者及其家属寻找一些有力的社会支持系统,除了在情感上给予患者关爱和鼓励外,还可在经济上给予患者经济上的支持和帮助,从而提高其希望水平。

4.2 营养状况

食管癌患者由于化疗的毒副反应及疾病的因素导致其出现营养不良,进而使自身免疫功能下降^[27]。岑俏丹等^[22]通过主观全面评价法(subjective

global assessment, SGA) 与实验室生化指标对 106 例晚期进食困难的食管癌患者营养状况进行评估,并运用 HHI 量表比较营养状况良好、轻中度营养不良、重度营养不良 3 组患者希望水平,结果显示,营养状况相对较好患者则希望水平较高,营养状况不良者则希望水平偏低,绝大部分患者处于不同程度营养不良状态。结果提示,在制订提升食管癌患者希望水平方案时,需进行多方位的评估,了解食管癌患者营养状况,根据其不同的营养状况,采取改善患者营养状况的营养支持,以提高其希望水平,使其在希望中体会生命的价值或坦然走完人生最后的旅程。

4.3 知情情况

患者家属考虑癌症带给患者心理创伤,一般选择对患者病情保密,但在患者对于自己病情的严重程度不清楚或不知情自己病情的情况下,患者反而会思虑过多,降低其对生存的信心。殷静静等^[24]根据知情情况将食管癌术后准备出院患者分为知情、部分知情、不知情 3 组,采用 HHI 量表对其希望水平进行调查,结果显示,不知情组患者希望水平最低。希望能够对患者产生持续正向的促进作用,影响患者生理、心理健康,医护工作者可协助患者家属根据患者性格特征适时选择是否告知患者癌症相关信息,降低患者不必要的心理情绪,减少患者压力与痛苦,提高患者希望水平。

4.4 社会支持

社会支持能够促进个体产生希望,尤其当个体体会到他人的帮助与支持的情况下,其希望便得到维持^[28]。希望是癌症治疗过程中一个重要组成部分,在对患者诊疗的同时,还要密切了解患者社会支持状况。刘珣等^[23]研究结果显示,患者希望水平与社会支持存在正相关($r=0.851, P<0.01$),表明食管癌患者社会支持水平越低,其希望水平也越低。家庭关怀度反映的是患者对家庭功能的满意度,其中包括适应度、情感度、亲密度。研究结果表明^[23-24],术后食管癌患者家庭关怀度与希望水平呈正相关。根据情况调动家庭和社会支持,要特别注意了解患者家庭关系,通过提高其社会支持水平和提高患者家庭关怀度来促进其希望水平,使患者减轻痛楚,达到克服困难的目标。

5 护理干预

5.1 基于希望理论的护理干预

希望能够使人们较好地应对有害于他们身心健康的威胁^[29],并且已被确立为一种重要的医学与康复治疗因子^[5,30]。希望可以降低抑郁、焦虑患者的程度^[31-32],并且生活质量与希望水平呈正相关^[33-34],即患者生活质量水平越高其希望水平也就越高。希望作为一个新的护理目标和康复理念,逐渐出现在护理领域中,希望理论也被广泛应用于护理实践中,但应用于食管癌患者护理实践中较少。卓美萍等^[35]将食管癌患者分为对照组和实验组,对照组给予一般常规放疗健康宣教,试验组在常规放疗健康宣教的基础上采用基于希望理论制定的干预策略,包括放疗时家庭成员陪伴、成立病友俱乐部、健康大讲堂、患者等待区播放音乐小品等,结果显示,干预后实验组患者生活质量有所提高。结果提示,通过实施基于希望理论的干预对策,在提高食管癌患者生活质量的同时,进而提升其希望水平。因此,笔者认为,基于希望理论的干预策略应用于食管癌患者是有利和可行的,在工作中可对患者设计实际的希望目标,提供个性化的希望护理,从而提高食管癌患者的生活质量和希望水平。

5.2 共情护理

共情护理是一种提升患者希望水平较理想的护理措施,基本内容为护理人员通过与患者的交流了解患者的心理,采用合适的言语安慰患者、鼓励患者,树立患者战胜疾病的信心,并且需要及时掌握患者手术后的不适感及疼痛反应。姚爱英等^[36]将 110 例食管癌手术患者随机分为观察组和对照组,观察组围手术期接受共情护理,包括主动与患者建立融洽关系、坚定患者治病信心、共情体验、了解术后不适反应 4 个方面,结果显示,干预后观察组与对照组希望水平比较具有显著性差异($t=2.085, P<0.05$),结果表明,共情护理能够改善食管癌手术患者的希望水平,使患者对治疗充满希望。但是作为措施实施者的护理人员的相关知识水平可影响共情护理的实施效果。杨洋等^[37]对安徽省 465 名临床护士进行调查发现,护士共情水平处于中

等水平。因此,提高其共情水平,加强临床护士共情护理水平的培训,可为开展和提高共情护理提供良好的基础。

5.3 治疗性沟通

治疗性沟通是运用护理心理相关知识来解决患者问题、满足患者需求、提供信息支持的一种心理疗法。朱瑞杰等^[38]对食管癌患者围手术期的不同心理状况进行分析,建立了心理评估模块,包括术前心理评估(担心手术危险性、担心照顾者负担、担心手术后痛苦、担心疾病预后、听天由命)和术后心理评估(手术与想象差别大、特别痛苦、内心十分孤独、希望家人陪伴、不适症状、过于担心疾病、担心术后饮食异常)两大模块,制订涉及每个模块相应的个性化治疗沟通方案,例如纠正患者错误认知、加强医护合作、告知不良情绪危害、利用手术效果安慰鼓励患者、提高患者舒适度等,结果显示,患者希望水平总分由 (33.37 ± 3.87) 分上升到 (37.97 ± 2.29) 分,差异有统计学意义($t = -9.16, P < 0.01$)。结果说明,治疗性沟通可增强护患之间交流和信任,激发患者积极情绪,缓解患者不良症状。目前关于治疗性沟通在癌症患者希望水平的研究较少,期待有更多高质量的研究结果产生,为今后癌症患者希望水平的研究提供循证理论依据。

5.4 其他干预措施

聚焦解决模式是在积极心理学背景下发展起来的新型心理护理模式,该模式是一种充分尊重个体、相信个体力量和潜能的临床干预模式,它重在关注解决人的积极品质方面的问题,帮助患者寻找可靠的解决方案,有助于增强患者的希望和自信^[39]。刘琳娜等^[40]将聚焦解决模式运用到食管癌手术患者的护理中,结果显示,聚焦解决模式积极提升食管癌患者心理健康水平及生存质量,从而影响着患者对其未来的看法及行为的积极性即希望水平。

目前,对癌症患者希望水平进行的护理干预有许多,比如尊严疗法^[41-42]、认知行为干预、团体干预^[44]及社会支持^[45]。认知行为干预^[43]是运用认知行为治疗(cognitive behavior therapy, CBT)的理论方法,即根据认知过程影响情感和行为的理论假设,通过认知和行为技术来改变患者不良认知的一类

心理治疗方法,改变患者不良认知的护理干预模式,进而使其积极采取行动,提升其希望水平^[43]。尊严疗法是一种以重视人的价值及尊严为导向的个体化心理治疗方法,帮助患者发掘自我存在的价值和意义,调动患者及其家属的积极性^[41-42]。笔者认为,对于新诊断为食管癌患者,其思想压力很大,伴随其认知水平下降,我们便可尝试认知行为干预运用于食管癌初诊时期患者的效果;随着食管癌患者疾病发展及其预后不良,患者自我价值感淡薄,实施尊严疗法,可提升患者自我存在感,提高其对于生活的希望,从而提高生活质量水平。目前,将尊严疗法用于食管癌患者的干预方法缺乏,期望在以后对食管癌患者护理工作中加以实施和验证。

6 小结及展望

综上所述,目前对食管癌患者希望水平的研究取得了一定的成果,处于不同阶段不同情况下,患者的希望水平等级及各影响因素也大不相同;食管癌患者希望水平和诸多因素存在错综复杂的关系,有待进一步对食管癌患者围手术期、放疗化疗等时期的状况及变化进行探究;注重食管癌患者希望水平随着时间轨迹而变化的纵向研究,为患者提供连续的、动态的及有效的个性化护理干预,进一步提高患者的希望水平。

参考文献:

- [1] 赵彩萍,张维霞,方建群.病情知情与否对胃癌患者焦虑抑郁情绪及希望水平的影响[J].中国实用护理杂志,2013,29(7):20-23.
- [2] ZHANG J,GAO W,WANG P,et al.Relationships among hope,coping style and social support for breast cancer patients[J].Chinese Medical Journal,2010,123(17):2331-2335.
- [3] WESTERN H.A ltered living:coping,hope and quality of life after stroke[J].British Journal of Nursing,2007,16(20):1266-1270.
- [4] FOLKMAN S.Stress,coping,and hope[J].Psycho-Oncology,2010,19(9):901-908.
- [5] SCHRANK B,STANGHELLINI G,SLADE M.Hope in psychiatry:a review of the literature[J].Acta Psychiatrica Scand,2008,118(6):421-433.
- [6] HERTH K.Abbreviated instrument to measure hope:

- development and psychometric evaluation [J]. *Journal of Advanced Nursing*, 1992(17):1251-1259.
- [7] HERTH K. Development and refinement of an instrument to measure hope[J]. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 1991, 5(1):39-51.
- [8] GUM A, SNYDER C R. Coping with terminal illness: the role of hopeful thinking [J]. *Palliat Med*, 2002, 5(6):883-894.
- [9] SALGADO J D, DEANEFP, CROWE T P, et al. Hope and improvements in mental health service providers' recovery attitudes following training [J]. *Ment Health*, 2010, 19(3):243-248.
- [10] LU F J, HSU Y. Injured athletes' rehabilitation beliefs and subjective well-being: the contribution of hope and social support[J]. *Athl Train*, 2013, 48(1):92-98.
- [11] SNYDER C R. Hope theory: rainbows in the mind [J]. *Psychol Inq*, 2002(13):249-275.
- [12] SNYDER C R. Conceptualizing, measuring, and nurturing hope[J]. *Couns Dev*, 1995(73):355-360.
- [13] GOTTSCHALK L A. A hope scale applicable to verbal samples[J]. *Archives of General Psychiatry*, 1974, 30(6):779-785.
- [14] MILLER J F. Development of an instrument to measure hope[J]. *Nursing Research*, 1988, 37(1):6-10.
- [15] TOLLETT J H, THOMAS S P. A theory-based nursing intervention to instill hope in homeless veterans [J]. *Advances in Nursing Science*, 1995, 18(2):76-90.
- [16] KEANE C. One psychometric scale to measure hope [J]. *American Journal of Nursing*, 1997, 97(12):16B.
- [17] SNYDER C R, HARRIS C, ANDERSON J R, et al. The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope [J]. *Journal of personality and social psychology*, 1991, 60(4):570-585.
- [18] SNYDER C R, HOZA B, PELHAM W E, et al. The development and validation of the Children's Hope Scale [J]. *Journal of Pediatric Psychology*, 1997, 22(3):399-421.
- [19] 陈灿锐, 申荷永, 李浙琮. 成人素质希望量表的信效度检验[J]. *中国临床心理学杂志*, 2009, 17(1):24-26.
- [20] 赵海平, 王健. 血液透析患者的社会支持与希望[J]. *中华护理杂志*, 2000, 35(5):306-308.
- [21] 王艳华. 中文版 Herth 希望量表用于癌症病人的可行性研究[J]. *护理研究*, 2010, 24(1):20-21.
- [22] 岑俏丹, 岑相如, 陈健峰, 等. 晚期进食困难食管癌患者营养与希望水平状况分析[J]. *中国临床护理*, 2015, 7(2):151-153.
- [23] 刘珺, 葛连峰, 王莉莉. 食道癌患者的社会支持与希望的相关性研究[J]. *中国健康心理学杂志*, 2006, 14(1):115-116.
- [24] 殷静静, 李霞, 闫玉美, 等. 食管癌患者术后希望水平及其影响因素[J]. *解放军护理杂志*, 2015, 32(1):30-32.
- [25] 朱瑞杰, 朱会珍, 金昌德, 等. 治疗性沟通对食管癌手术患者焦虑和希望水平的效果评价[J]. *山西医药杂志*, 2014, 43(23):2825-2827.
- [26] SCHJOLBER T, DODD M, RISKEN N. Factors affecting hope in a sample of fatigued breast cancer [J]. *Palliative and Supportive*, 2011, 9(63)-72.
- [27] JENSEN K, AFROZE S, MUNSHI M K, et al. Mechanisms for nicotine in the development and progression of gastrointestinal cancers [J]. *Transl Gastrointest Cancer*, 2012, 1(1):81-87.
- [28] MCGEE R F. Hope: a factor in fluencing crisis resolution [J]. *Adv Nurs Sci*, 1984, 6(4):34-44.
- [29] OLVER I N. Evolving definitions of hope in oncology [J]. *Curr Opin Support Palliat Care*, 2012(6):236-41.
- [30] MJ CALHOUN. Hope and hopelessness: critical clinical constructs[J]. *Aorn Journal*, 2010, 22(4):818-819.
- [31] BUTT C M. Hope in adults with cancer: state of the science[J]. *Oncol Nurs Forum*, 2011(38):41-50.
- [32] GIL S, GILBAR O. Hopelessness among cancer patients [J]. *Psychosoc Oncol*, 2001(19):21-33.
- [33] 何吉, 尤振兵, 田文, 等. 医护一体化护理对食管癌患者焦虑抑郁及生存质量的影响[J]. *实用医学杂志*, 2015, 31(12):2052-2054.
- [34] 吴超. 垂体瘤术后患者应对方式、希望水平与生活质量的相关研究[D]. 苏州: 苏州大学护理学院, 2015.
- [35] 卓美萍, 金松, 倪彩华, 等. 希望理论在食管癌单纯性放疗患者中的应用[J]. *中外医学研究*, 2014, 12(29):32-33.
- [36] 姚爱英, 徐贞珍. 共情护理对食管癌手术患者希望水平及主观幸福感的影响[J]. *中华现代护理杂志*, 2015, 21(4):397-400.
- [37] 杨洋, 王维利, 潘庆, 等. 临床护士共情水平及其影响因素的调查[J]. *中国实用护理杂志*, 2013, 29(25):16-18.
- [38] 朱瑞杰, 金昌德, 王彦鑫, 等. 治疗性沟通对食管癌手术患者希望水平的影响[J]. *中华护理杂志*, 2013, 48(6):515-517.
- [39] BILLO CONNELL. *Solution - focused Therapy* [M]. London: Sage, 2005:93-106.
- [40] 刘琳娜, 蒋维连. 聚焦解决模式在食管癌患者心理状况及生存质量中的应用效果[J]. *当代护士*, 2015(4):94-96.
- [41] 戴宏平. 尊严疗法对肝癌患者自尊相关压力和希望水平的影[J]. *护理学杂志*, 2011, 26(23):66-67.