

随着年龄增大 Hp 感染风险减小。这可能是随着年龄增长, 患者的健康状况逐渐下降致使饮酒能力下降, 而保健意识却逐渐增强, 这样主动或被动地减少饮酒, 从而减少了 Hp 感染的机会。

本研究中可能存在某些因素之间有交互作用、某些变量样本量太小等问题, 结果可能存在偏倚, 还需要以后的研究对结论进行验证。

不良的行为和生活方式可导致疾病的发生, 而改变行为和生活方式, 则有赖于健康教育。对维、汉、哈族酒依赖患者积极开展针对性的高风险饮酒健康教育, 帮助他们认识过度饮酒的危害, 自愿改变不良饮酒行为和生活习惯, 戒烟、戒酒, 对有效预防 Hp 感染, 减少疾病的发生有重要的意义。

参考文献

[1] Mohamadkhani A, Darvish MS, Salmanroghani H, et al. Are the serum biomarkers pepsinogen I and II good predictors for the detection of subjects with atrophic gastritis in areas that have different gastric cancer incidence [J]. Arch Iran Med, 2013, 16(4): 208-212.

[2] Wroblewski LE, Peek RM. Helicobacter pylori in Gastric Carcinogenesis; Mechanisms [J]. Gastroenterol Clin North Am, 2013, 42(2): 285-298.

[3] 王有刚. 幽门螺杆菌概述 [J]. 中外医疗, 2014(33): 197-200.

[4] 中华医学会消化病学分会幽门螺杆菌学组/全国幽门螺杆菌科研协作组. 第四次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告 [J]. 中华消化杂志, 2012, 32(10): 655-661.

[5] 阎光惠, 申静. 189 例急性乙醇中毒患者的急救护理 [J].

医学信息, 2015, 28(21): 116.

[6] 李书群, 孙丽婷, 奴尔艾合麦提·吐地. 酒依赖与幽门螺杆菌感染的关系及其临床意义 [J]. 中国误诊学杂志, 2012, 12(17): 4571-4572.

[7] 邸岩, 高炳霞, 齐颖, 等. 门诊患者 13C 呼气试验检测幽门螺杆菌的调查分析 [J]. 中华医院感染学杂志, 2013, 23(24): 5960-5962.

[8] 周辉, 陈志恒, 王雅琴, 等. 健康体检人群中幽门螺杆菌感染影响因素分析 [J]. 实用预防医学, 2012, 19(11): 1660-1661.

[9] 廖明军, 何煦芳. 海南沿海地区 1 926 名部队官兵幽门螺杆菌感染状况调查 [J]. 海南医学, 2014, 25(16): 2465-2466.

[10] 俞剑伟, 安贺娟, 苏惠, 等. 陆海军新兵幽门螺杆菌感染的影响因素分析 [J]. 中华医学杂志, 2015, 95(2): 138-141.

[11] 陈意振, 姚麒, 刘颖. 幽门螺杆菌感染流行病学的多因素分析 [J]. 中华医院感染学杂志, 2013, 23(3): 543-544.

[12] 高春艳. 幽门螺杆菌的家庭聚集性 [J]. 检验医学与临床, 2013, 10(20): 2708-2709.

[13] 严红, 邱昕光. 2857 例健康体检人员幽门螺杆菌感染调查分析 [J]. 中华医院感染学杂志, 2012, 22(2): 329-330.

[14] 艾斯凯尔·阿斯木, 麦麦提图尔荪·麦麦提, 买地尼也提, 等. 新疆维、汉、哈族有消化道症状患者幽门螺旋杆菌感染率分布特征与高危因素及相关疾病的分析 [J]. 新疆医学, 2012, 42(1): 4-9.

(收稿日期: 2016-01-10 修回日期: 2016-04-06)

• 临床探讨 •

路径化健康教育对改善肺癌术后患者负性情绪的效果研究*

齐 宁, 徐广全

(哈尔滨医科大学附属第二医院, 哈尔滨 150001)

摘要:目的 探讨路径化健康教育对改善肺癌术后患者负性情绪的效果。方法 将 2013 年 2 月至 2015 年 6 月在该院进行诊治的 142 例早期肺癌患者作为研究对象。根据随机分组原则分为观察组与对照组各 71 例, 所有患者都顺利完成手术, 对照组在术后给予常规护理, 观察组在此基础上给予路径化健康教育, 两组护理观察周期为 14 d。结果 观察组与对照组护理后的焦虑评分分别为 (31.09±4.29) 分和 (38.29±5.14) 分, 都低于护理前的 (55.24±5.19) 分和 (54.98±4.29) 分 ($P<0.05$), 同时观察组护理后的焦虑评分低于对照组 ($P<0.05$)。护理后观察组的遵医嘱用药、合理饮食、合理锻炼依从性都高于对照组 ($P<0.05$)。护理后观察组对于知识教育、评估干预、沟通合作、人际交流的护理服务满意度评分都高于对照组 ($P<0.05$)。结论 路径化健康教育能改善肺癌术后患者负性情绪的, 提高患者治疗依从性和对医护人员护理服务的满意度, 对维护患者的身心健康意义重大。

关键词: 护理路径; 健康教育; 肺癌; 负性情绪; 依从性

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2016.17.032 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2016)17-2489-03

当前我国肺癌的发病率和病死率一直居高不下, 特别是北方地区雾霾多发也是造成我国肺癌患者人数不断增加的重要原因^[1]。放射治疗、手术治疗以及化疗是医治肺癌的主要方式, 过去治疗肺癌的首选方式就是手术治疗法, 患者在手术治疗下有更长的存活时间, 然而患者因为不了解手术治疗, 没有充分的心理准备面对手术, 患者容易形成负性情绪^[2-3]。负性

情绪是不良心理障碍的一种, 焦虑是主要的负面情绪, 而且会随着治疗的深入、痛苦的增加而不断提高^[4]。按照不同患者的不同需求, 进行全方位健康服务计划的制定, 可以使制定的计划更为合适, 确保合理有效地运用资源并保证服务品质。临床路径流程是规范医疗护理的一个重要方面^[5-6]。健康教育可以使患者自愿接受健康的生活方式和行为, 提高患者的依从

* 基金项目: 黑龙江省自然科学基金资助项目 (C201204)。

性^[7-8]。本文探讨了路径化健康教育对改善肺癌术后患者负性情绪的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2013 年 2 月至 2015 年 6 月的 142 例于本院诊治的早期肺癌患者纳入本研究。本研究得到了医院伦理委员会的批准。纳入标准:经病理检查确诊为原发性早期肺癌,临床分期为 I~II 期,年龄 20~80 岁,具有肺癌切除手术治疗的临床指征;对本研究知情同意;具有初中及以上文化程度;预期的生存期为 3 个月以上。排除标准:合并有其他内臓器官严重疾病的患者;患者在护理过程中家庭发生变故;无认知能力;有精神病史或病情严重无法配合研究者。将纳入研究者进行随机分组,按照住院的次序进行单双排号,单号进入观察组($n=71$),双号进入对照组($n=71$),两组的性别、年龄、受教育程度、临床分期、体质量指数、合并疾病等基础资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

表 1 两组基础资料对比或($n=71$)

指标	观察组	对照组	t 或 χ^2	P
性别(男/女, n/n)	41/30	43/28	0.194	>0.05
年龄(岁, $\bar{x}\pm s$)	58.64 \pm 2.34	58.14 \pm 3.19	0.295	>0.05
受教育程度(年, $\bar{x}\pm s$)	16.39 \pm 2.74	16.96 \pm 3.14	0.382	>0.05
临床分期(I期/II期, n/n)	50/21	48/23	0.185	>0.05
体质量指数(kg/m^2 , $\bar{x}\pm s$)	24.13 \pm 2.75	24.09 \pm 3.14	0.089	>0.05
糖尿病/高血压/高脂血症($n/n/n$)	14/9/14	15/11/13	0.221	>0.05

1.2 方法 所有患者都顺利完成手术,对照组在术后给予常规护理。观察组在此基础上给予路径化健康教育,护理组主任或者副主任担任组长,组员由责任护士、护士长以及专科医生担任。参照现有的护理常规和标准,以时间先后顺序制定健康教育路径表;护理前统一培训所有成员,内容是健康教育路径表,培训后每个成员对路径表的内容都要熟悉掌握,对于患者进行的健康教育要按要求进行。具体的健康教育护理内容及步骤如下:(1)术后当日送回病房,告知患者与家人手术成功,询问作息规律,协商监测生命体征时间与发药时间,介绍自己加强患者影响。(2)术后 3 d 内评估患者情绪状态,鼓励患者在床旁摆放家人照片或者小饰品,减轻紧张焦虑情绪,增加心理支持。(3)术后 5 d 内倾听患者的主诉,允许家属在旁陪伴,鼓励患者,耐心解答患者及家属提出的问题,针对患者身心状况与患者共同制订或者修改院内锻炼计划。(4)术后 7 d 内教会患者自测血压、脉搏,教会患者放松技巧,每日练习 1~2 次,保持情绪稳定。(5)术后 9 d 内鼓励患者每天参加心理游戏活动 1 次,提高心理健康能力。(6)出院前向患者与家属交代居家护理注意事项与随诊安排,请患者对护理提出建议,帮助患者进行出院时个人物品的收拾,检查有无遗留物品,出院后每 3 d 进行电话随访,询问康复效果。两组护理观察时间为 14 d。

1.3 观察指标

1.3.1 负性情绪评定 采用焦虑状况自评量表(SAS)在护理前后进行焦虑评分,用来反映患者的负性情绪,焦虑评分总分为 60 分,分数越高,焦虑越严重。

1.3.2 依从性评定 观察与记录两组在护理后的健康行为状况,有依从和不依从两种。依从的患者对于医嘱的内容全部掌

握,对于用药的剂量、时间、名称、注意事项以及方法全都知晓,药物的服用量按照疗程进行,了解要合理饮食,烟酒戒除,合理锻炼,情绪稳定,生活活动方式合理。否则为不依从。

1.3.3 护理服务满意度 采用医院护理部设计的护理服务满意度问卷调查表中的有关健康教育的 4 个项目进行评价,在护理后由护士长对患者进行评定,包括知识教育、评估干预、沟通合作、人际交流等方面,分数为 0~100 分,分数越高,护理服务满意度越好。

1.4 统计学处理 实验数据分析采用 SPSS19.00 软件;计量数据以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组内与组间比较采用配对 t 检验或者方差分析;而计数数据采用百分率表示,组间比较采用 χ^2 分析; $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 负性情绪评分对比 经过评定,观察组与对照组护理后的焦虑评分都明显低于护理前($P<0.05$),见表 2。同时,观察组护理后的焦虑评分明显低于对照组($t=7.224, P<0.05$)。

表 2 两组护理前后焦虑评分对比(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	护理前	护理后	t	P
观察组	71	55.24 \pm 5.19	31.09 \pm 4.29	22.485	<0.05
对照组	71	54.98 \pm 4.29	38.29 \pm 5.14	14.875	<0.05

2.2 依从性对比 护理后经过观察,观察组遵医用药、合理饮食、合理锻炼的依从性都明显高于对照组($P<0.05$),见表 3。

表 3 两组护理后依从性比较($n(\%)$)

组别	n	遵医用药	合理饮食	合理锻炼
观察组	71	71(100.)	69(97.2)	70(98.6)
对照组	71	64(90.1)	63(88.7)	63(88.7)
χ^2		4.488	4.104	4.677
P		<0.05	<0.05	<0.05

2.3 护理服务满意度对比 护理后观察组对于知识教育、评估干预、沟通合作、人际交流的护理服务满意度评分均高于对照组($P<0.05$),见表 4。

表 4 两组护理后对于护理服务满意度对比(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	知识教育	评估干预	沟通合作	人际交流
观察组	71	95.33 \pm 3.12	96.39 \pm 3.11	94.83 \pm 3.75	96.23 \pm 3.85
对照组	71	87.13 \pm 2.89	88.74 \pm 4.26	85.30 \pm 4.14	84.30 \pm 5.24
t		8.134	7.498	9.184	11.878
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

当前肺癌患者具有心理问题突出、身心疾病复杂、护理要求高等特点,是加强护理管理的重点人群。研究发现肺癌患者在诊断、治疗、恢复、死亡等阶段均可产生心理危机,特别由于肺癌在术后容易复发,对人体损害严重,因此通常引起患者强烈的负性情绪^[9]。有研究表明肺癌患者最常见的负性情绪是焦虑、敌意、愤怒,患者的治疗效果受到焦虑情绪的影响,使得医疗费用增加,患者也因此没有较高的生活质量^[10]。过去有研究发现肺癌患者伴发焦虑情绪与性别、年龄等因素有关,然

性^[7-8]。本文探讨了路径化健康教育对改善肺癌术后患者负性情绪的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2013 年 2 月至 2015 年 6 月的 142 例于本院诊治的早期肺癌患者纳入本研究。本研究得到了医院伦理委员会的批准。纳入标准:经病理检查确诊为原发性早期肺癌,临床分期为 I~II 期,年龄 20~80 岁,具有肺癌切除手术治疗的临床指征;对本研究知情同意;具有初中及以上文化程度;预期的生存期为 3 个月以上。排除标准:合并有其他内脏器官严重疾病的患者;患者在护理过程中家庭发生变故;无认知能力;有精神病史或病情严重无法配合研究者。将纳入研究者进行随机分组,按照住院的次序进行单双排号,单号进入观察组($n=71$),双号进入对照组($n=71$),两组的性别、年龄、受教育程度、临床分期、体质量指数、合并疾病等基础资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

表 1 两组基础资料对比或($n=71$)

指标	观察组	对照组	t 或 χ^2	P
性别(男/女, n/n)	41/30	43/28	0.194	>0.05
年龄(岁, $\bar{x}\pm s$)	58.64 \pm 2.34	58.14 \pm 3.19	0.295	>0.05
受教育程度(年, $\bar{x}\pm s$)	16.39 \pm 2.74	16.96 \pm 3.14	0.382	>0.05
临床分期(I期/II期, n/n)	50/21	48/23	0.185	>0.05
体质量指数(kg/m^2 , $\bar{x}\pm s$)	24.13 \pm 2.75	24.09 \pm 3.14	0.089	>0.05
糖尿病/高血压/高脂血症($n/n/n$)	14/9/14	15/11/13	0.221	>0.05

1.2 方法 所有患者都顺利完成手术,对照组在术后给予常规护理。观察组在此基础上给予路径化健康教育,护理组主任或者副主任担任组长,组员由责任护士、护士长以及专科医生担任。参照现有的护理常规和标准,以时间先后顺序制定健康教育路径表;护理前统一培训所有成员,内容是健康教育路径表,培训后每个成员对路径表的内容都要熟悉掌握,对于患者进行的健康教育要按要求进行。具体的健康教育护理内容及步骤如下:(1)术后当日送回病房,告知患者与家人手术成功,询问作息规律,协商监测生命体征时间与发药时间,介绍自己加强患者影响。(2)术后 3 d 内评估患者情绪状态,鼓励患者在床旁摆放家人照片或者小饰品,减轻紧张焦虑情绪,增加心理支持。(3)术后 5 d 内倾听患者的主诉,允许家属在旁陪伴,鼓励患者,耐心解答患者及家属提出的问题,针对患者身心状况与患者共同制订或者修改院内锻炼计划。(4)术后 7 d 内教会患者自测血压、脉搏,教会患者放松技巧,每日练习 1~2 次,保持情绪稳定。(5)术后 9 d 内鼓励患者每天参加心理游戏活动 1 次,提高心理健康能力。(6)出院前向患者与家属交代居家护理注意事项与随诊安排,请患者对护理提出建议,帮助患者进行出院时个人物品的收拾,检查有无遗留物品,出院后每 3 d 进行电话随访,询问康复效果。两组护理观察时间为 14 d。

1.3 观察指标

1.3.1 负性情绪评定 采用焦虑状况自评量表(SAS)在护理前后进行焦虑评分,用来反映患者的负性情绪,焦虑评分总分为 60 分,分数越高,焦虑越严重。

1.3.2 依从性评定 观察与记录两组在护理后的健康行为状况,有依从和不依从两种。依从的患者对于医嘱的内容全部掌

握,对于用药的剂量、时间、名称、注意事项以及方法全都知晓,药物的服用量按照疗程进行,了解要合理饮食,烟酒戒除,合理锻炼,情绪稳定,生活活动方式合理。否则为不依从。

1.3.3 护理服务满意度 采用医院护理部设计的护理服务满意度问卷调查表中的有关健康教育的 4 个项目进行评价,在护理后由护士长对患者进行评定,包括知识教育、评估干预、沟通合作、人际交流等方面,分数为 0~100 分,分数越高,护理服务满意度越好。

1.4 统计学处理 实验数据分析采用 SPSS19.00 软件;计量数据以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组内与组间比较采用配对 t 检验或者方差分析;而计数数据采用百分率表示,组间比较采用 χ^2 分析; $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 负性情绪评分对比 经过评定,观察组与对照组护理后的焦虑评分都明显低于护理前($P<0.05$),见表 2。同时,观察组护理后的焦虑评分明显低于对照组($t=7.224, P<0.05$)。

表 2 两组护理前后焦虑评分对比(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	护理前	护理后	t	P
观察组	71	55.24 \pm 5.19	31.09 \pm 4.29	22.485	<0.05
对照组	71	54.98 \pm 4.29	38.29 \pm 5.14	14.875	<0.05

2.2 依从性对比 护理后经过观察,观察组遵医用药、合理饮食、合理锻炼的依从性都明显高于对照组($P<0.05$),见表 3。

表 3 两组护理后依从性比较($n(\%)$)

组别	n	遵医用药	合理饮食	合理锻炼
观察组	71	71(100.)	69(97.2)	70(98.6)
对照组	71	64(90.1)	63(88.7)	63(88.7)
χ^2		4.488	4.104	4.677
P		<0.05	<0.05	<0.05

2.3 护理服务满意度对比 护理后观察组对于知识教育、评估干预、沟通合作、人际交流的护理服务满意度评分均高于对照组($P<0.05$),见表 4。

表 4 两组护理后对于护理服务满意度对比(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	知识教育	评估干预	沟通合作	人际交流
观察组	71	95.33 \pm 3.12	96.39 \pm 3.11	94.83 \pm 3.75	96.23 \pm 3.85
对照组	71	87.13 \pm 2.89	88.74 \pm 4.26	85.30 \pm 4.14	84.30 \pm 5.24
t		8.134	7.498	9.184	11.878
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

当前肺癌患者具有心理问题突出、身心疾病复杂、护理要求高等特点,是加强护理管理的重点人群。研究发现肺癌患者在诊断、治疗、恢复、死亡等阶段均可产生心理危机,特别由于肺癌在术后容易复发,对人体损害严重,因此通常引起患者强烈的负性情绪^[9]。有研究表明肺癌患者最常见的负性情绪是焦虑、敌意、愤怒,患者的治疗效果受到焦虑情绪的影响,使得医疗费用增加,患者也因此没有较高的生活质量^[10]。过去有研究发现肺癌患者伴发焦虑情绪与性别、年龄等因素有关,然

而研究干预措施的研究还不多见^[11]。

负性情绪对肺癌治疗和康复的影响是消极的,其中过度焦虑也会引起去甲肾上腺素、肾上腺激素等过度分泌,对预后康复造成不良影响。很多肺癌患者虽然出现了不良情绪却没有得到正确地引导^[12]。护理路径的目标是使患者尽快康复,从而能够节省资源,使得服务质量进一步提升。这是单一疾病的临床医疗护理的一般程序,通过使用这套程序,即使不同的医生和不同的护士,对于患者来说得到的护理治疗效果都是相同的^[13]。基于健康教育的护理路径可以有效地利用人力资源,不再是靠经验管理护理健康教育工作,而是采用标准化的方式,避免了工作过程中出现重复性、盲目性、低效性等弊端。同时临床路径将软服务转变为硬服务,根据目标提供具体内容,指导护士按时限完成,有利于护理管理者进行质量控制和持续改进^[14]。本研究显示观察组与对照组护理后的焦虑评分都明显低于护理前期,且观察组护理后的焦虑评分明显低于对照组,表明实施健康教育路径缓解了患者焦虑情绪。

当前很多肺癌术后患者否认病情,抵触治疗,常因此而耽误治疗。同时也有部分患者对于战胜疾病没有充分的信心,认为一切的事情交给家人和医生就行,自己没有充分发挥主观能动性,同样也不利于患者康复^[15]。而临床护理路径的建立,有利于护理人员之间的充分利用护理资源,保证连续的护理工作,尽快恢复康复。而健康教育要求护理人员在和患者沟通的过程中更加注重方法,增强患者的依从性,治疗效果更高^[16]。本研究护理后经过观察,观察组遵医用药、合理饮食、合理锻炼的依从性都明显高于对照组,表明路径化健康教育能提高肺癌术后患者的依从性。重视肺癌患者的心理变化,以此为基础进行临床护理路径措施的制定,真正做到了身心俱护。

当前对肺癌认识充分的患者不多,部分患者在术后背负着沉重的心理负担,不仅会对治疗效果产生负面影响,更降低了患者生活质量,对于护理服务的要求更高。虽然常规护理能够基本满足患者的心理需求,但依然存在路径单一、覆盖不全的缺陷^[17]。而临床路径规范了护士提供护理的时间段、护理方法及评价手段,缩小了护士间提供的护理服务差别,并且也能拉近护患距离,从而让患者得到更多的护理支持。本研究显示护理后观察组对于知识教育、评估干预、沟通合作、人际交流的护理服务满意度评分都明显高于对照组,表明路径化健康教育能提高肺癌术后患者的护理服务满意度。

总之,路径化健康教育能改善肺癌术后患者负性情绪,提高患者治疗依从性和对医护人员护理服务的满意度,对维护患者的身心健康具有十分重要的意义。

参考文献

[1] 麦月兰,阮柳红,陈素英,等. 临床护理路径在肺癌患者围术期的实施及效果评价[J]. 国际护理学杂志, 2015, 2(2):166-168.

[2] Hsu YC, Chiang JH, Yu CS, et al. Antitumor effects of deguelin on H460 human lung cancer cells in vitro and in vivo: Roles of apoptotic cell death and H460 tumor xenografts model[J]. Environ Toxicol, 2015, 11(23): 145-147.

[3] 贾志阳,李红霞,贺春娇. 尊严疗法对晚期肺癌患者自尊

状况和负性情绪的影响[J]. 中华全科医师杂志, 2015, 14(4):266-268.

[4] Petri S, Berthelsen CB. Lived experiences of everyday Life during curative radiotherapy in patients with non-small-cell lung cancer: A phenomenological study[J]. Int J Qual Stud Health Well-being, 2015, 10(11):29397.

[5] 李玉华,陈立章. 心理干预联合健康教育对老年肺癌患者生存质量和负性情绪的影响[J]. 中国老年学杂志, 2015, 19(19):5575-5576.

[6] 张立南,周娟,刘吉子. 舒缓护理对肺癌患者呼吸困难症状和负性情绪的影响[J]. 现代临床护理, 2015, 6(6):40-43.

[7] Borneman T, Sun V, Williams AC, et al. Support for patients and family caregivers in lung cancer: educational components of an interdisciplinary palliative care intervention[J]. J Hosp Palliat Nurs, 2015, 17(4): 309-318.

[8] 刘丹丹,张云美,李福英,等. 路径化健康教育对肺癌病人负性情绪和生活质量的影响[J]. 护理研究, 2015, 24(24):2998-3000.

[9] 蒋英,李丹. 个体化音乐干预对肺癌围术期患者负性情绪及睡眠质量的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2015, 10(10):1-2.

[10] Hopkins KG, Hoffman LA, Dabbs AD, et al. Postthoracotomy pain syndrome following surgery for lung cancer: symptoms and impact on quality of life[J]. J Adv Pract Oncol, 2015, 6(2): 121-132.

[11] 孙凤英,周琦. 中医五行音乐干预对肺癌静脉化疗患者负性情绪的影响[J]. 护理学杂志, 2015, 30(15):35-37.

[12] Nowicki A, Woaniak K, Krajnik M. Understanding the purpose of treatment and expectations in patients with inoperable lung cancer treated with palliative chemotherapy[J]. Contemp Oncol (Pozn), 2015, 19(4): 333-337.

[13] 李雪梅,滕亚莉,田秀梅,等. 临床护理路径对肺癌放疗并发症的影响观察[J]. 检验医学与临床, 2014, 24(24): 3519-3521.

[14] 孟雪晨. 实施跨理论模型干预对肺癌病人负性情绪与生活质量的影响[J]. 护理研究, 2014, 19(19):2367-2368.

[15] Yu CC, Yang MD, Lin HY, et al. Bisdemethoxycurcumin (BDMC) alters gene expression-associated cell cycle, cell migration and invasion and tumor progression in human lung cancer NCI-H460 cells[J]. In Vivo, 2015, 29(6): 711-728.

[16] 陈明华,雷丽婵,杨翠芹,等. 个体化护理干预对非小细胞肺癌患者睡眠质量和负性情绪的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2014, 18(24):162-163.

[17] Hammer MJ, Aouizerat BE, Schmidt BL, et al. Glycosylated hemoglobin a1c and lack of association with symptom severity in patients undergoing chemotherapy for solid tumors[J]. Oncol Nurs Forum, 2015, 42(6): 581-590.