·诊治分析·

胃癌根治术后癌症复发恐惧的潜在剖面及其影响因素分析

王燕，沈小英，傅莹洁

【摘要】目的　探讨胃癌根治术后患者癌症复发恐惧的潜在类别特征和影响因素。方法　本研究为横断面调查，选取 2024 年 7 月至 2025 年 8 月于浙江省肿瘤医院行胃癌根治手术的患者 257 例。使用一般资料调查表、恐惧疾病进展简化量表（FoP-Q-SF）、癌症患者心理资本问卷（PCQ-C）进行调查。结果　胃癌根治术后患者癌症复发恐惧分为三个潜在类别：低恐惧组（n=92，35.80%），中恐惧组（n=135，52.53%），高恐惧组（n=30，11.67%）。多元 Logistic 回归分析显示，年龄、婚姻状况、月收入、学历、心理资本水平都是潜在剖面分类变量的影响因素（均 $P < 0.05$）。结论　胃癌根治术后患者癌症复发恐惧分为三个潜在类别，医护人员需根据不同的潜在剖面特点以及相关的影响因素制定精准、个性化的康复干预方案，从而降低癌症复发恐惧水平。

【关键词】胃癌；胃癌根治术；癌症复发恐惧；心理资本；潜在剖面分析；影响因素
DOI:10.3969/j.issn.1671-0800.2026.08.015
【中图分类号】R735.2　【文献标志码】A　【文章编号】1671-0800(2026)08-0893-05

胃癌属于常见的消化道肿瘤，据统计 2020 年全球胃癌新发病例约 100 万例，死亡病例约 76.9 万例[1]。在我国，胃癌的发病率及死亡率在所有恶性肿瘤中居第三位[2]。目前手术仍然是胃癌患者主要的治疗方法，以往研究表明胃癌根治术后 2 年内早期复发率为 42.47%[3]，32.76%的胃癌术后患者有癌症复发的恐惧感[4]。癌症复发恐惧（fear of cancer recurrence，FCR），即患者对癌症会再次发生或者发展的担心、忧虑[5]。持续高水平的 FCR 会引发患者心理障碍，影响生活质量，并且会使患者频繁地找医问药，使医疗服务系统的工作量加大[6]。以往对胃癌术后患者恐惧疾病程度主要是通过量表评价，很少考虑到个体之间的差别。潜在剖面分析（latent profile analysis，LPA）用建立模型的方式来确定研究对象的外在变量所具有的潜在特征并进行分型[7]，是更科学、更灵活的一种分类方法。因此，本研究探讨胃癌根治术后患者 FCR 的潜在类别，并分析一般资料、心理资本对 FCR 的影响，现报道如下。

基金项目：浙江省医药卫生科技计划项目（2025KY689）
作者单位：310022 杭州，浙江省肿瘤医院，中国科学院杭州医学研究所
通信作者：沈小英，Email：260048601@qq.com

1　资料与方法

1.1　一般资料　本研究为横断面调查，采用便利抽样法选择 2024 年 7 月至 2025 年 8 月于浙江省肿瘤医院行胃癌根治术的患者为研究对象。纳入标准：（1）经过病理学确诊为胃癌，并进行手术；（2）年龄＞ 18 岁；（3）没有沟通障碍；（4）具有阅读、理解中文问卷的能力。排除标准：（1）患有严重的精神障碍或者认知功能障碍；（2）其他恶性肿瘤。按照 Kendall 样本粗略估计法，样本量取自变量的 5 ～ 10 倍[8]，本研究共有自变量 20 个，剔除掉 25%的无效问卷后纳入 257 例患者。本研究获得浙江省肿瘤医院医学伦理委员会批准 [IRB-2024-663（IIT）]，所有研究者均同意参加本研究并签署书面知情同意书。

1.2　方法

1.2.1　一般资料调查表　设计一般资料调查表，包括患者年龄、性别、民族、婚姻、学历、宗教信仰、家庭月收入、慢性病种类、主要照顾者、胃部手术次数、是否做过化疗、术前辅助化疗及转化化疗等。

1.2.2　恐惧疾病进展简化量表（FoP-Q-SF）　该量表由 Mehnert 等[9]编制，由我国学者吴奇云等[10]于 2015 年汉化。该量表分为生理健康和社会家庭两个方面，每个维度有 6 个条目，一共 12 个条目。每个条目的

评价量表使用Likert 5 级评分法，即 1、2、3、4、5 分表示“从不”、“很少”、“有时”、“经常”和“总是”。总分≥34 分为临床意义认定标准。FoP-Q-SF 和两个维度的 Cronbach’s α系数分别是 0.883、0.829、0.812。

1.2.3　癌症患者心理资本问卷（PCQ-C）　该问卷由崔春影[11]研制，分为 4 个维度，分别是自我效能、希望、韧性及乐观。每个维度有 6 个条目，共 24 个条目。每个条目用 Likert 5 级评分法打分，1 ～ 5 分为非常不同意、不同意、一般、同意、非常同意。问卷总分就是对所有的条目进行加权平均得到的分数，分数越高，癌症患者的心理资本水平就越高。癌症患者心理资本问卷 Cronbach’s α系数为 0.886，各维度 Cronbach’s α系数在 0.696 ～ 0.880。

1.2.4　建立剖面模型　采用 Mplus8.3 建立潜在剖面模型，模型拟合评价指标如下：（1）信息评价指标。通过爱凯克信息准则（Akaike informationcriterion，AIC）、贝叶斯信息准则（Bayesian information criteria，BIC）、样本校正的叶贝斯信息准则（adjusted BIC，aBIC），3 个指标数值越小代表模型拟合效果越好。（2）分类评价指标。通过信息熵（Entropy）评估分类的精准性，Entropy 值为 0 ～ 1，Entropy 值≥0.8 表明分类精确度可接受。（3）似然比检验。通过罗-梦戴尔-鲁本校正似然比检验（Lo-Mendell-Rubin test，LMRT）和基于 Bootstrap 的似然比检验（Bootstrapped likelihood ratio test，BLRT）判断 k 类模型和 k-1 类模型的拟合效果，$P < 0.05$ 表示 k 类模型的拟合效果好于 k-1 类模型。

1.3　统计方法　采用 SPSS 26.0 软件进行统计学分析，正态分布的计量资料以均数±标准差表示，组间比较采用单因素方差分析；不符合正态分布的资料以中位数和四分位数表示，组间比较采用非参数秩和检验；计数资料采用 χ^2 检验或 Kruskal-Wallis H 检验。采用多元 Logistic 回归分析探究各因素对潜在类别的影响。$P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2　结果

2.1　一般资料及癌症复发恐惧现状　共发出问卷 268 份，收回有效问卷 257 份。胃癌根治术后患者癌症复发恐惧的平均分为（30.21±8.77）分，其中年龄＞40 岁患者占 85.99%，男性占 72.63%，汉族占 98.44%，已婚占 93.39%，无宗教信仰占 75.49%，中学及以上的文化程度占 64.60%，月收入在 5000 元以下占 61.86%。

2.2　癌症复发恐惧潜在剖面分析　以 FoP-Q-SF 的 12 个条目得分为外显变量，分别建立 4 个潜在剖面模型，各个模型的拟合指数见表 1。随着模型数量的增多，AIC、BIC、aBIC 不断减小，并且 Entropy 均＞0.9。模型 3 的拟合指数优于模型 2，模型 4 的拟合指数与模型 3 相比没有明显提高，因此选择模型 3 的潜在剖面分类进行分析。潜在剖面得分特征图显示，第 1 类有 92 例（35.80%），癌症复发恐惧得分（21.22±4.42 分），各个维度的得分都比较低，命名为低恐惧组；第 2 类有 135 例（52.53%），癌症复发恐惧得分（32.94±3.49 分），各个维度的得分都在中等水平上，命名为中恐惧组；第 3 类有 30 例（11.67%），癌症复发恐惧得分（45.50±5.28 分）各个维度的得分都最高，命名为高恐惧组。

2.3　复发恐惧潜在剖面类别的单因素分析　3 组年龄、婚姻状况、学历、月收入、糖尿病及心理资本得分差异均有统计学意义（均 $P < 0.05$），见表 2。

2.4　癌症复发恐惧潜在剖面类别的多因素分析　把单因素分析有意义的变量作为自变量，3 个潜在剖面作为因变量，分别用低恐惧组为参照类做多元 Logistic 回归分析。将对应的变量赋予数值，年龄＜ 45 岁为 1，45 ～ 59 岁为 2，≥60 岁为 3；已婚=1，其他（未婚、离异、丧偶）=2。小学及以下=1，中学=2，大专及以上=3。月收入＜ 5 000 元为 1，5 000 ～ 10 000 元为 2，月收入＞ 10 000 元为 3。无糖尿病为 1，有糖尿病为 2。心理资本总分原值带入。结果表明，年龄 45 ～ 59 岁、已婚是中恐惧组的危险因素，高心理

表 1　胃癌根治术后患者癌症复发恐惧潜在剖面模型的拟合指数

模型类别	AIC	BIC	aBIC	Entropy	P 值（LMRT）	P 值（BLRT）	类别概率
模型 1	8 555.383	8 640.561	8 564.474	1.000			
模型 2	7 509.107	7 640.422	7 523.121	0.934	＜ 0.05	＜ 0.05	0.482/0.518
模型 3	7 150.090	7 327.543	7 169.028	0.929	＞ 0.05	＜ 0.05	0.358/0.525/0.117
模型 4	6 938.907	7 162.499	6 962.770	0.923	＞ 0.05	＜ 0.05	0.346/0.140/0.412/0.101

资本总分、月收入 5 000 ～ 10 000 元是中恐惧组的保护因素（均 $P < 0.05$）；学历为中学是高恐惧组的危险因素，高心理资本总分、学历为小学及以下是高恐惧组的保护因素（均 $P < 0.05$），见表 3。

3　讨论

本研究结果显示，癌症复发恐惧有 3 种不同的异质性类型，即低恐惧组、中恐惧组及高恐惧组。该分类表明需要对胃癌术后癌症复发恐惧做精细化的评价和分层干预。本研究中 92 例（35.8%）的患者是低恐惧组，心理复原力比较强，他们的应对经验可以做更深入的研究或者成为同伴支持的资源。临床医护人员可以对低恐惧组实行常规的健康管理，鼓励患者分享康复的经验，带动其他患者，增强他们的积极心态[12]。超过一半（52.53%）的患者属于中恐惧组，该组特征是对于疾病的不确定存在持续的忧虑。为占比最高的群体，持续对疾病预后存在不确定感，是心理干预的重点对象[13]。医护人员可开展认知矫正、支持性护理，答疑解惑纠正患者的疾病认知偏差，指导深呼吸、正念冥想等放松技术，联合家属发挥家庭支持作用，提升干预效果[14]。高恐惧组占比例最低（11.67%），但该类患者恐惧泛化，过度担忧疾病、治疗、

表 2　复发恐惧不同潜在剖面的单因素分析　例（%）

指标		低恐惧组（n=92）	中恐惧组（n=135）	高恐惧组（n=30）	χ^2（F）值	P 值
年龄（岁）	＜ 45	16（17.39）	13（9.63）	7（23.33）	17.403	＜ 0.05
	45 ～ 59	42（45.65）	88（65.19）	17（56.67）		
	≥60	34（36.96）	34（25.18）	6（20.00）		
性别	女	24（26.09）	38（28.15）	9（30.00）	0.212	＞ 0.05
	男	68（73.91）	97（71.85）	21（70.00）		
民族	汉	90（97.83）	133（98.52）	30（100.00）	0.708	＞ 0.05
	其他	2（2.17）	2（1.48）	0（0.00）		
婚姻状况	已婚	84（91.30）	134（99.26）	22（73.33）	27.713	＜ 0.05
	未婚/离异/丧偶	8（8.70）	1（0.74）	8（26.67）		
学历	小学及以下	40（43.48）	50（37.04）	1（3.33）	27.491	＜ 0.05
	中学	9（9.78）	15（11.11）	12（40.00）		
	大专及以上	43（46.74）	70（51.85）	17（56.67）		
宗教信仰	无	74（80.43）	98（72.59）	22（73.33）	1.904	＞ 0.05
	有	18（19.57）	37（27.41）	8（26.67）		
月收入（元）	＜ 5 000	53（57.61）	89（65.93）	17（56.67）	13.712	＜ 0.05
	5 000 ～ 10 000	31（33.70）	29（21.48）	4（13.33）		
	＞ 10 000	8（8.69）	17（12.59）	9（30.00）		
糖尿病	有	13（14.13）	10（7.41）	8（26.67）	9.161	＜ 0.05
	无	79（85.87）	125（92.59）	22（73.33）		
高血压	有	39（42.39）	47（34.81）	6（20.00）	5.055	＞ 0.05
	无	53（57.61）	88（65.19）	24（80.00）		
冠心病	无	90（97.83）	133（98.52）	30（100.00）	0.493	＞ 0.05
	有	2（2.17）	2（1.48）	0（0.00）		
主要照顾者	子女	34（36.96）	45（33.33）	12（40.00）	5.006	＞ 0.05
	夫妻	41（44.56）	71（52.60）	10（33.33）		
	其他	17（18.48）	19（14.07）	8（26.67）		
胃部手术次数（次）	1	69（75.00）	106（78.52）	26（86.66）	2.423	＞ 0.05
	2	12（13.04）	18（13.33）	2（6.67）		
	≥3	11（11.96）	11（8.15）	2（6.67）		
化疗、术前辅助化疗、转化化疗等	是	39（42.39）	46（34.07）	17（56.67）	5.671	＞ 0.05
	否	53（57.61）	89（65.93）	13（43.33）		
每天有运动	是	80（86.96）	102（75.56）	24（80.00）	4.472	＞ 0.05
	否	12（13.04）	33（24.44）	6（20.00）		
有兴趣爱好	是	68（73.91）	104（77.04）	21（70.00）	0.757	＞ 0.05
	否	24（26.09）	31（22.96）	9（30.00）		
心理资本总分/分值		92.36±17.86	84.07±12.32	83.1±11.64	（10.151）	＜ 0.05

表 3　癌症复发恐惧不同潜在剖面的多元 Logistic 回归分析

潜在剖面		*B*	标准误	*Wald*	*P* 值	Exp(*B*)	95%*CI*
中恐惧组	常量	1.193	1.634	0.533	＞0.05		
	心理资本总分	−0.047	0.012	16.377	＜0.05	0.954	0.933 ～ 0.976
	年龄（≥60 岁为参照组）						
	＜45 岁	−0.304	0.577	0.277	＞0.05	0.738	0.238 ～ 2.288
	45 ～ 59 岁	0.957	0.346	7.652	＜0.05	2.604	1.322 ～ 5.13
	已婚	3.349	1.141	8.610	＜0.05	28.468	3.040 ～ 266.577
	学历（大专及以上为参照组）						
	小学及以下	−0.499	0.333	2.245	＞0.05	0.607	0.316 ～ 1.166
	中学	0.379	0.696	0.296	＞0.05	1.460	0.373 ～ 5.714
	月收入（＞ 10 000 元为参照组）						
	＜5 000 元	−0.883	0.643	1.884	＞0.05	0.414	0.117 ～ 1.459
	5 000 ～ 10 000 元	−1.539	0.667	5.334	＜0.05	0.215	0.058 ～ 0.792
	无糖尿病	0.801	0.500	2.569	＞0.05	2.228	0.837 ～ 5.933
高恐惧组	常量	5.093	1.952	6.810	＜0.05		
	心理资本总分	−0.053	0.017	9.498	＜0.05	0.949	0.918 ～ 0.981
	年龄（≥60 岁为参照组）						
	＜45 岁	−0.604	0.859	0.495	＞0.05	0.547	0.102 ～ 2.941
	45 ～ 59 岁	0.786	0.613	1.647	＞0.05	2.196	0.661 ～ 7.299
	已婚	−0.431	0.696	0.385	＞0.05	0.650	0.166 ～ 2.539
	学历（大专及以上为参照组）						
	小学及以下	−2.533	1.082	5.478	＜0.05	0.079	0.010 ～ 0.662
	中学	2.131	0.803	7.038	＜0.05	8.420	1.745 ～ 40.636
	月收入（＞ 10 000 元为参照组）						
	＜5 000 元	−0.735	0.773	0.905	＞0.05	0.479	0.105 ～ 2.181
	5 000 ～ 10 000 元	−1.322	0.891	2.202	＞0.05	0.267	0.047 ～ 1.528
	无糖尿病	−1.037	0.636	2.663	＞0.05	0.354	0.102 ～ 1.232

家庭与工作，易伴随焦虑、回避行为，需要多学科强化干预[15-16]。联合心理专科开展认知行为、接纳承诺等心理疗法[17]；临床医生制定个体化复查和康复计划，提升患者疾病控制感，联合营养师、康复师调整身心状态，同时做好出院后随访，动态监测恐惧情绪变化。

本研究结果显示，45 ～ 59 岁是中恐惧组的独立危险因素（*P* ＜ 0.05）。以往的研究表明，癌症患者复发的恐惧与家庭、经济、职业等各方面的负担联系紧密[18]。45 ～ 59 岁患者除对于自身的健康忧虑之外，更主要的是对未来经济支柱角色中断、子女教育与父母赡养等责任无法承担的深深的忧虑[16]。另外研究发现，胃癌患者常对症状进行灾难式解读，并陷入到侵入性的沉思当中，这是恐惧放大过程中的一个重要中介途径[19]。对于此类中年群体的干预，除疾病教育外，更应该采用结构化的行为认知疗法来帮助患者认识术后胃部不适的原因，防止陷入灾难性思维。

本研究结果显示，已婚胃癌患者的癌症复发恐惧评分明显大于未婚、离异患者。已婚是中恐惧组的独立危险因素（*P* ＜ 0.05）。可能的原因是已婚胃癌患者的担心不仅有自己病情恶化会破坏家庭，还有治疗带来的经济负担会拖垮家人[20]。更重要的是，癌症复发恐惧在夫妻之间也会互相影响。配偶在承担照护责任的同时，自身也产生了明显的对疾病发展的恐惧情绪[21]，而这种情绪又会加重患者的心理负担。对于已经结婚的患者可以开展夫妻共同应对心理教育，实施配偶赋能计划，阻止配偶不良情绪向患者反向传播。

本研究结果显示，月收入为 5 000 ～ 10 000 元是中恐惧组的保护因素（*P* ＜ 0.05）。研究表明经济负担是造成癌症复发恐惧的一个重要影响因素，良好的经济状况会在疾病的打击之下给予患者重要的物质缓冲和心理安全[12]。对于胃癌术后患者来说，中等收入水平可以直接减轻治疗和康复所带来的一切直接和间接的经济压力，减少患者的病穷感、拖累家庭感；一定的经济储备可以增强患者获得优质医疗服务、营养支持以及后续复查的信心，降低患者对未来疾病发展的不确定性造成的恐慌感[19]。

本研究结果显示，中学学历是高恐惧组的危险

因素，而小学学历则属于高恐惧组的保护因素（$P < 0.05$）。原因可能是中学学历的患者一般都具有主动寻找并理解疾病信息的能力，但是认知能力差，这样的一知半解状态就会使他们对于复发的可能性以及对后果进行灾难化的解读，而陷入到高度的恐怖之中[19]。相反，小学学历患者往往更喜欢接受医护人员和家属提供的直接、明了的指导和支持，因此也减少了一些由于信息过载或者过分思考而产生的心理压力[20]。

本研究结果显示，心理资本是中恐惧组和高恐惧组的保护因素（$P < 0.05$）。崔春影[11]研制出的癌症患者心理资本问卷，也证实了心理资本对于癌症复发恐惧有反向的预测作用。王佳佳等[22]也发现心理资本同患者癌症复发恐惧有显著的负相关性。韦焕璜等[23]的研究结果表明，对胃癌患者开展主要照顾者赋权干预，可以明显提高患者的心理资本水平，同时也会促使癌症复发恐惧明显下降。这说明胃癌术后患者提高心理资本可减轻恐惧。临床护理实践中应该把心理资本的评价纳入到常规的筛查当中，并且开展针对性的心理积极干预。建立一个提高个体的心理资本和改善外部支持系统相结合的综合干预模式，是未来缓解胃癌术后患者复发恐惧的有效途径。

综上所述，胃癌根治术后癌症复发恐惧存在三个潜在剖面，临床上需要特别注意中青年、已婚、低收入、中学学历并且心理资本水平较低的胃癌根治术后患者，这部分人群的癌症复发恐惧感更强。但是本研究为横断面调查，无法观察 FCR 随时间动态变化：后续可开展纵向追踪研究，探索复发恐惧变化轨迹，完善护理干预方案。

利益冲突　所有作者声明无利益冲突

作者贡献声明　王燕：实施研究，分析/解释数据，起草文章，统计分析，支持性贡献；沈小英：酝酿和设计实验，实施研究，采集数据，分析/解释数据，对文章的知识性内容作批评性审阅，获取研究经费，行政、技术或材料支持；傅莹洁：分析/解释数据，对文章的知识性内容作批评性审阅，指导

参　考　文　献

[1] Sung H, Ferlay J, Siegel R L, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA Cancer J Clin, 2021, 71(3): 209-249.

[2] Chen W Q, Zheng R S, Baade P D, et al. Cancer statistics in China, 2015[J]. CA Cancer J Clin, 2016, 66(2): 115-132.

[3] 宋婷婷,张丹丹,叶宇,等.影响胃癌根治术后早期复发的危险因素分析[J].中国现代医生,2022,60(17):51-54.

[4] 侯富文,赵媛媛,刘艳丽,等.消化系统癌症术后患者癌症复发恐惧发生率及影响因素的 Meta 分析[J].护理管理杂志,2025,25(5):433-438.

[5] Lebel S, Ozakinci G, Humphris G, et al. From normal response to clinical problem: Definition and clinical features of fear of cancer recurrence[J]. Supportive Care Cancer, 2016, 24(8): 3265-3268.

[6] Schapira L, Zheng Y, Gelber S I, et al. Trajectories of fear of cancer recurrence in young breast cancer survivors[J]. Cancer, 2022, 128(2): 335-343.

[7] 尹奎,彭坚,张君.潜在剖面分析在组织行为领域中的应用[J].心理科学进展,2020,28(7):1056-1070.

[8] 倪平,陈京立,刘娜.护理研究中量性研究的样本量估计[J].中华护理杂志,2010,45(4):378-380.

[9] Mehnert A, Herschbach P, Berg P, et al. Fear of progression in breast cancer patients—validation of the short form of the Fear of Progression Questionnaire (FoP-Q-SF)[J]. Z Psychosom Med Psychother, 2006, 52(3): 274-288.

[10] 吴奇云,叶志霞,李丽,等.癌症患者恐惧疾病进展简化量表的汉化及信效度分析[J].中华护理杂志,2015,50(12):1515-1519.

[11] 崔春影. 癌症患者心理资本问卷的研制与应用及积极心理干预研究[D].沈阳:中国医科大学,2023.

[12] 段晓丹.胃癌术后患者恐惧疾病进展程度的影响因素分析[J].中国医药导报,2021,18(30):72-75.

[13] Caumeil B, Bazine N, Maugendre A, et al. Ecosystem barriers and facilitators linked to the fear of cancer recurrence: An umbrella review[J]. IJERPH, 2024, 21(8): 1041.

[14] 董懂,陈姝珏.认知-存在团体干预在胃癌根治术后化疗患者中的应用[J].中华现代护理杂志,2023,29(3):370-374.

[15] Caumeil B, Bazine N, Maugendre A, et al. Ecosystem barriers and facilitators linked to the fear of cancer recurrence: An umbrella review[J]. Int J Environ Res Public Heal, 2024, 21(8): 1041.

[16] 程洋,蒲丛珊,郭辉,等.癌症幸存者癌症复发恐惧现状及心理社会干预的研究进展[J].中国实用护理杂志,2019,35(28):2236-2241.

[17] 秦菲,朱毓,张丽娟,等.不同心理干预对癌症患者复发恐惧影响效果的网状 Meta 分析[J].中国实用护理杂志,2024,40(6):472-481.

[18] 付玉平,冯小霞.心理护理联合加速康复外科护理在胃癌根治术患者中的应用[J].临床医学工程,2024,31(9):1153-1154.

[19] Wang T, Guo Y N, Zhao K, et al. The relationship between time perspective and fear of cancer recurrence among Chinese gastric cancer patients: The chain mediating role of rumination and catastrophizing[J]. Supportive Care Cancer, 2025, 33(4):271.

[20] 胡鑫,卢惠娟,陆箴琦,等.中青年癌症患者术后复发恐惧现况及影响因素的横断面调查[J].复旦学报(医学版),2023,50(1):101-107.

[21] 卢玉霞,翟清华.胃癌患者配偶恐惧疾病进展与疾病感知的相关性研究[J].河南外科学杂志,2024,30(3):80-85.

[22] 王佳佳,方艳春,王蓉,等.基于 PERMA 模式的积极心理干预对乳腺癌患者癌症复发恐惧的影响[J].中国实用护理杂志,2021,37(4):279-285.

[23] 韦焕璜,李亭秀,陈春燕.主要照顾者赋权方案干预对胃癌化疗患者癌症复发恐惧、心理资本的影响[J].中国实用护理杂志,2022,38(34):2678-2684.

收稿日期：2026-03-12

（本文编辑：吴迪汉）