

引用:吕劲,蔡喆焱,蔡亚宏,奉水华,代瑜,刘蕾,刘康,舒崛东.耳穴压豆联合赋能教育对恶性肿瘤患者照护者焦虑抑郁、照护负担及自我效能的影响[J].中医药导报,2025,31(5):113-117.



# 耳穴压豆联合赋能教育对恶性肿瘤患者照护者焦虑抑郁、照护负担及自我效能的影响\*

吕 劲<sup>1</sup>,蔡喆焱<sup>2</sup>,蔡亚宏<sup>2</sup>,奉水华<sup>2</sup>,代 瑜<sup>2</sup>,刘 蕾<sup>2</sup>,刘 康<sup>2</sup>,舒崛东<sup>3</sup>

(1.湖南中医药高等专科学校,湖南 株洲 412012;

2.湖南中医药大学第一附属医院,湖南 长沙 410007;

3.湖南中医药大学第二附属医院,湖南 长沙 410005)

**[摘要]** 目的:观察耳穴压豆联合赋能教育对恶性肿瘤患者照护者焦虑抑郁、照护负担及自我效能的影响。方法:纳入113例恶性肿瘤患者照护者,分为对照组( $n=52$ )、观察组( $n=61$ )。对照组实施常规护理,观察组在此基础上接受耳穴压豆联合赋能教育。干预3个月后,比较两组照护者干预前后焦虑抑郁水平、照顾负担评分、自我效能的变化。结果:干预3个月后,观察组照护者照顾负担评分、焦虑、抑郁评分明显低于对照组( $P<0.01$ );观察组自我效能水平明显优于对照组( $P<0.01$ )。结论:耳穴压豆联合赋能教育可有效降低恶性肿瘤患者照护者的焦虑抑郁水平,改善照护者照护负担及自我效能。

**[关键词]** 肿瘤;照护者;耳穴压豆;赋能教育;焦虑抑郁;照护负担;自我效能

**[中图分类号]** R248.9 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1672-951X(2025)05-0113-05

DOI:10.13862/j.cn43-1446/r.2025.05.020

## Effects of Auricular Acupoint Pressing Combined with Empowerment Education on Anxiety, Depression, Caregiver Burden, and Self-Efficacy in Caregivers of Malignant Tumor Patients

LYU Jin<sup>1</sup>, CAI Zheyi<sup>2</sup>, CAI Yahong<sup>2</sup>, FENG Shuihua<sup>2</sup>, DAI Yu<sup>2</sup>, LIU Lei<sup>2</sup>, LIU Kang<sup>2</sup>, SHU Juedong<sup>3</sup>

(1.Hunan Traditional Chinese Medical College, Zhuzhou Hunan 412012, China;

2.The First Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha Hunan 410007, China;

3.The Second Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha Hunan 410005, China)

**[Abstract]** Objective: To evaluate the effects of auricular acupoint pressing combined with empowerment education on anxiety, depression, caregiver burden, and self-efficacy in caregivers of malignant tumor patients. Methods: A total of 113 caregivers of malignant tumor patients were enrolled and divided into a control group ( $n=52$ ) and an observation group ( $n=61$ ). The control group received routine nursing care, while the observation group additionally underwent auricular acupoint pressing combined with empowerment education. After 3 months of intervention, anxiety and depression levels, caregiver burden scores, and self-efficacy were compared between the two groups. Results: At 3 months post-intervention, the observation group exhibited significantly lower caregiver burden scores, anxiety, and depression scores compared to the control group ( $P<0.01$ ). Self-efficacy in the observation group was markedly superior to that in the control group ( $P<0.01$ ). Conclusion: Auricular acupoint pressing combined with empowerment education effectively reduces anxiety and depression levels, alleviates caregiver burden, and enhances self-efficacy in caregivers of malignant tumor patients.

\*基金项目:湖南中医药大学校院联合基金(2023XYLH044,2024XYLH036);国家中医优势专科-重症医学科(czxm-zzyxk-202401);国家中医优势专科-护理学(czxm-yb-2024002);湖南省护理学会青苗计划资助项目

通信作者:蔡喆焱,男,主管护师,研究方向为中医护理与护理安全

[Keywords] neoplasm; caregivers; auricular acupoint pressing; empowerment education; anxiety and depression; caregiver burden; self-efficacy

照护者作为恶性肿瘤患者最主要的社会支持资源,沉重的照护负担不仅严重影响其原有生活轨迹,还易因体感和决策疲劳<sup>[1-2]</sup>、慢性失眠、社会孤立<sup>[3]</sup>等因素出现焦虑、抑郁等负性情绪<sup>[4]</sup>。恶性肿瘤照护者自我效能是指照护者在照护恶性肿瘤患者过程中对于自身执行照护行为、医疗决策等的判断能力<sup>[5]</sup>,直接影响恶性肿瘤患者疾病转归和生活质量<sup>[5-6]</sup>。目前我国恶性肿瘤患者照护者自我效能尚处于中低水平<sup>[7]</sup>。赋能教育是以患者为中心,化被动教育为主动教育,并通过激励自身能动性改变负面认知而促进患者康复的过程<sup>[8]</sup>。目前该模式已应用于肠造口<sup>[9]</sup>、糖尿病肾脏病<sup>[10]</sup>、恶性肿瘤<sup>[11]</sup>等患者照护者中。耳穴压豆有改善人体焦虑、抑郁状态的作用<sup>[12]</sup>。本研究拟通过观察耳穴压豆联合赋能教育对恶性肿瘤患者照护者焦虑抑郁及照护负担、自我效能的影响,以期提高恶性肿瘤患者照护者照护能力,改善恶性肿瘤患者及其照护者生活质量。

## 1 资料与方法

- 1.1 诊断标准 患者经组织病理学检查,确诊为恶性肿瘤。
- 1.2 纳入标准 (1)照护者年龄18~60岁;(2)为患者家庭成员且为主要照护者;(3)所照护的患者经病理学检查确诊为恶性肿瘤,且预期生存时间超过3个月;(4)能进行与患者相关的医疗决策;(5)意识清楚,具备阅读理解和沟通表达能力;(6)无严重躯体疾病。
- 1.3 排除标准 (1)领取报酬的照护者(如雇佣关系);(2)既往有精神疾病病史、严重心理或认知功能障碍或正在接受心理治疗者;(3)近期遭遇过其他重大应激事件者;(4)耳部皮肤破溃等不适宜进行耳穴压豆操作者。
- 1.4 脱落标准 (1)干预过程中难以继续或主动退出研究者;(2)干预中途肿瘤患者死亡者。

1.5 研究对象 纳入2023年3月至2024年2月在湖南中医药大学第一附属医院就诊的113例恶性肿瘤患者照护者,按入选先后顺序随机分为对照组( $n=52$ )、观察组( $n=61$ )。本研究已通过湖南中医药大学第一附属医院伦理审查委员会审批(HN-LL-LW-2023-009),研究对象均自愿参与,并签署知情同意书。

## 1.6 干预方法

- 1.6.1 对照组 接受常规教育干预,患者入院时,护士发放健康教育手册,介绍疾病相关知识。住院过程中,由医师和护士在诊疗和护理工作过程中向照护者进行健康教育,主要告知恶性肿瘤疾病知识、患者病情观察要点、心理状态波动情况、基础照护技能等。放化疗后,主要进行血管通路维护、饮食指导、并发症观察等。出院时给予口头一次性健康教育,主要内容为生活起居,服药注意事项等。利用同理心对患者及其照护者开展心理疏导,给予心理支持。出院后每月对照护者进行1次电话或视频回访指导,共3次。

1.6.2 观察组 予耳穴压豆联合赋能教育。(1)耳穴压豆。单耳贴压,主穴为心、神门、交感穴,配穴为肝、脾、皮质下,定位后做好穴位标记,用王不留行籽进行贴压,贴压后嘱咐照护者以顺时针方向每穴揉压60~120 s,每日按压3次,力度以按压部位出现发热、发胀感且患者耐受为宜,脱落时及时更换。双耳交替实施,3 d后更换到对侧耳进行贴压。(2)赋能教育。首先构建赋能教育小组,小组设1名组长(护士长,副主任护师,负责教育监督及质量控制),2名副组长(主管护师,肿瘤专科护士,负责教育指导、资料收集和整理),4名组员(护师,肿瘤科工作≥3年,负责建立与维护照护者随访群、具体实施教育,收集干预前后资料等),2名医生(主治医师以上职称,肿瘤科工作≥5年,负责制定患者治疗方案、评价治疗效果)。由副组长对小组内其他成员进行统一培训,至同质化考核合格。

赋能教育具体实施如下。

(1)干预期第1周:问题确立与情感表达。患者入院后,即开始对照护者进行干预。采用正性积极语对照护者进行1~2 h引导、互动式访谈,如:患者放化疗治疗情况怎么样、照护有什么困难或者想法吗,通过访谈或者微信与照护者进行一对一的深入交流,内容涵盖患者生理、心理、社交等多方面,了解照护者肿瘤疾病相关知识掌握水平,全面评估其焦虑抑郁、照护负担程度及原因。鼓励照护者表达内心真实情感,比如对于治疗预后及经济毒性的担忧,需要获取的家庭、社会支持等。采用简单的心理疏导技巧,支持、引导照护者积极面对现实,激发其护理责任感,树立信心。同时,鼓励照护者细心观察患者生理、心理状态,倾听和尊重患者的情感需要,引导患者接受带病生存,鼓励患者参与社交活动,带动家庭其他成员参与患者照护,帮助主要照护者缓解焦虑抑郁情绪。小组成员根据患者病情和照护者的反馈明确当前存在的照护问题和照护需要,做好记录。

(2)干预期第2周:设定目标。由照护者提出长期、短期目标,小组成员在此环节担任引导者和支持者角色,指导、协助照护者充分利用现有资源、积极寻找可利用的社会资源,并根据患者病情分析目标可行性,给出合理建议,必要时帮助调整目标。总体目标为照护者掌握恶性肿瘤疾病照护相关知识和技能,及时纠正错误照护理念和方法,改善患者躯体状态和生活质量,促进疾病转归。

(3)干预期第3~9周:制定及实施计划。干预期第3~4周,医师评估患者病情后根据临床症状制定治疗方案,及时解答患者及其照护者的医疗问题,并对治疗效果进行追踪;小组成员每周一、三、五下午通过科内照护者健康讲堂、健康教育手册/视频、床旁指导、同伴支持教育等形式,向患者照护者介绍肿瘤护理知识,经外周静脉穿刺的中心静脉导管(PICC)置管注意事项,饮食、情绪调护及并发症观察、紧急处理等。干预期第5周,大部分患者此时出院或出院后到日间病房继续进行放化

疗。出院前,由小组成员与照护者共同拟定患者照护计划。干预第6~9周,由照护者具体实施出院后照护计划。每日观察患者睡眠、疼痛等躯体症状及心理情绪状态,对于无法准确、具体描述的症状则通过视频或者图片的方式进行报告,小组成员及时反馈,及时纠正错误或不规范的护理行为,对正确、有效的护理行为予以充分鼓励,进一步提升照护者自我效能感,强化照护信心。此外,建议照护者着重引导患者适应与“病”共存的身心状态,保持良好情绪,恢复社交活动,积极融入社会。

(4)干预第10~12周:效果评价。每周1次,通过电话回访、视频通话等途径定期开展阶段性评估工作,适时反馈,根据实际情况及时调整方案。①评估照护者照护知识应用效果:理论知识通过提问和复述的方式评估,技能操作(如PICC家庭维护要点、疼痛评分)通过视频、照片等进行考核。同时,让照护者积极表达在照护过程中的体会和经验,形成独立的实践行为,以促进患者的健康结局。②评估患者症状改善情况:小组成员主导该评价,评价照护者在患者症状出现时的处理方式及效果,询问患者感受。③鼓励照护者独立进行目标管理:指导照护评估计划实施进度和目标完成情况,如计划、目标实施完成情况脱离预期,小组成员应及时予以协助和督促,帮助查找原因,解决障碍因素,及时调整实施计划和目标,不断促进健康结局。

### 1.7 观察指标

1.7.1 焦虑抑郁水平 采用抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)<sup>[13]</sup>及焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)<sup>[14]</sup>进行评价。SDS和SAS各由20项题目组成,每项题目均由4个选项构成,采用4级评分法,按照“没有或很少时间”至“绝大部分或全部时间”进行评分,其中SAS量表第5、9、13、17、19题为反向计分,50分以下为正常状态;50~59分为轻度焦虑;60~69分为中度焦虑;70分以上为重度焦虑。SDS量表第2、5、6、11、12、14、16、17、18、20题为反向计分。>53分时,说明照护者存在抑郁状态,其中53~62分为轻度抑郁,63~72分为中度抑郁,73分以上为重度抑郁。两个量表计分方式一致,均为20项题目分数相加,然后乘以1.25,取整数部分,则为最终评分。

1.7.2 恶性肿瘤患者照护者照护负担量表评分 采用照护者负担量表(zarit caregiver burden interview, ZBI)进行评价。该量表由侯哲<sup>[15]</sup>于2005年进行汉化,用于评价照护者主观感受,是国内研究肿瘤照护者照护负担应用最广泛的量表。量表包括个人负担和责任负担2个维度,共22个条目,从“从不”到“几乎经常”采用Likert 5级评分法,总分范围为0~88分,分值越高,说明照护者负担越重。

1.7.3 恶性肿瘤患者照护者自我效能 采用2001年王才康等<sup>[16]</sup>汉化的《一般自我效能量表》(general self-efficacy scale, GSES)进行评价。该量表包括10道题目,采用Likert 4级评分法,“完全不正确”“有点正确”“多数正确”“完全正确”分别赋予1~4分,总分10~40分。量表得分越高表示自我效能感水平越高。

1.8 资料收集方法 在患者确诊入院24 h内,向照护者发放并指导其填写照护者基本情况调查表、SAS、SDS、ZBI、GSES等量表,完成后当场收回。在干预3个月后来院复诊时再次向照护者发放SAS、SDS、ZBI、GSES量表,完成后当场收回。由研究者当场检查问卷的填写质量,如有疑问,向照护者核实。

1.9 统计学方法 利用SPSS 26.0统计软件进行数据分析,符合正态分布的计量资料使用“均数±标准差”( $\bar{x}\pm s$ )表示,两组间比较采用独立样本t检验,组内比较采用配对t检验;计数资料用例表示,两组间比较采用 $\chi^2$ 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结 果

2.1 基线资料 两组恶性肿瘤患者照护者基线资料比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。(见表1)

2.2 两组照护者干预前后焦虑、抑郁量表评分比较 干预前两组照护者SAS和SDS评分比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性;干预后两组照护者SAS和SDS评分均较治疗前降低,且观察组照护者SAS和SDS评分均低于对照组,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。(见表2)

表2 两组照护者干预前后焦虑、抑郁量表评分比较

组别	n	SAS评分						SDS评分					
		干预前		干预后		t	P	干预前		干预后		t	P
		干	预	干	预			干	预	干	预		
观察组	61	59.72	±4.25	46.25	±3.29	34.787	0.000	57.48	±4.45	45.20	±3.74	38.613	0.000
对照组	52	58.94	±3.62	54.46	±3.55	27.645	0.000	58.21	±3.27	53.38	±3.07	31.702	0.000
		1.038		12.679				1.011		12.590			
		0.302		0.000				0.326		0.000			

2.3 两组照护者干预前后照护负担评分比较 干预前两组照护者个人负担、责任负担及负担总分比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。干预后观察组照护者照顾负担评分明显低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。(见表3)

2.4 两组照护者干预前后自我效能水平比较 干预前两组照护者自我效能水平比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。干预后观察组照护者自我效能水平明显优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。(见表4)

表1 两组恶性肿瘤患者照护者基线资料比较

组别	n	性别[人(%)]		年龄( $\bar{x}\pm s$ ,岁)	文化程度[人(%)]			和患者关系[人(%)]			家庭人均月收入[人(%)]	
		男	女		初中及以下	高中	大专及以上	夫妻	兄弟姐妹	子女	≤5 000元	>5 000元
观察组	61	29(47.54)	32(52.46)	41.22 ± 12.38	12(19.67)	36(59.02)	13(21.31)	45(73.77)	3(4.92)	13(21.31)	43(70.49)	18(29.51)
对照组	52	33(63.46)	19(36.54)	43.50 ± 11.68	16(30.77)	25(48.08)	11(21.15)	36(69.23)	1(1.92)	15(28.85)	40(76.92)	12(23.08)
检验统计量		$\chi^2=2.873$		$t=0.999$			$\chi^2=2.018$			$\chi^2=1.384$		$\chi^2=0.595$
P		0.090		0.320			0.365			0.584		0.440

表3 两组照护者干预前后照护负担评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	n	个人负担				责任负担				负担总分			
		干预前	干预后	t	P	干预前	干预后	t	P	干预前	干预后	t	P
观察组	61	34.20±4.16	11.18±3.40	26.432	0.000	18.46±2.74	10.98±1.96	10.331	0.000	52.66±5.31	22.16±4.05	37.158	0.000
对照组	52	34.56±4.11	31.27±3.24	5.836	0.000	18.58±2.82	16.42±3.44	3.570	0.000	53.13±4.67	47.69±4.54	9.129	0.000
<i>t</i>		0.462	31.983			0.225	10.094			0.505	31.570		
<i>P</i>		0.645	0.000			0.822	0.000			0.615	0.000		

表4 两组照护者干预前后自我效能水平比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	n	干预前	干预后	t	P
观察组	61	22.45±2.01	33.25±3.68	14.739	0.000
对照组	52	22.68±1.67	24.20±2.45	3.311	0.000
<i>t</i>		0.653	15.610		
<i>P</i>		0.515	0.000		

### 3 讨 论

恶性肿瘤的治疗周期长、治愈难度大且需要采取多种方式治疗,给社会和患者家庭带来巨大经济损失和疾病负担<sup>[17]</sup>。照护者在恶性肿瘤疾病患者的生活中地位重要,长期的照护过程中常因个人和社会活动受限、照护负担沉重、自身身体健康状态下降等原因导致出现焦虑、抑郁等负性情绪,导致照护者个人及患者的生活质量降低<sup>[18]</sup>。而在临床工作中,医护人员更关注于患者本人的身心状态和治疗效果,易忽略照护者<sup>[19]</sup>。焦洋等<sup>[4]</sup>指出,改善照护者照顾负担、负性情绪及自我效能水平,对提高恶性肿瘤患者照护水平有积极意义。因此,本研究通过耳穴压豆联合赋能教育,旨在改善恶性肿瘤患者照护者焦虑、抑郁水平,指导其尽快适应照护角色,积极寻求社会支持,降低照护负担,提高自我效能水平,最终提高恶性肿瘤患者及其照护者的生活质量和健康水平。

本研究结果显示,干预前恶性肿瘤患者照护者均存在不同程度的焦虑、抑郁情绪。抑郁、焦虑属于中医学“脏躁”范畴<sup>[20]</sup>。照护者因担心患者疾病预后、照护负担过重,导致肝失疏泄、肝气郁结,出现焦虑、抑郁等负性情绪。因此,治法上应当以调和阴阳、疏泄气机为主<sup>[21]</sup>。经络是人体气血运行的通道,可沟通表里上下,调节气血,濡养机体各器官脏腑<sup>[22]</sup>。耳穴与脏腑经络联系密切,十二经脉均上达于耳,五脏六腑疾病均反映于耳。本研究选取心、神门、交感为主穴,肝、脾、皮质下等为配穴。心、神门、皮质下具有镇静安神、助眠醒脑的作用<sup>[23]</sup>。刺激肝、脾两穴可培补气血,涵养心神;交感穴可调节自主神经功能,镇痛解痉。王不留行籽活血通络<sup>[24]</sup>。因而照护者焦虑、抑郁评分均得到有效改善,与YU J等<sup>[25]</sup>、张红等<sup>[26]</sup>的研究结果一致。

为进一步提升恶性肿瘤患者照护者的照护能力,本研究还对其照护者进行了赋能教育。本研究显示,观察组干预后照护负担评分较对照组明显降低( $P<0.05$ ),而自我效能评分较对照组明显提升( $P<0.05$ ),提示赋能教育可有效改善恶性肿瘤患者照护者的照护负担和自我效能。这与李师等<sup>[9]</sup>的研究结果一致。赋能教育实施中,研究者组织开展互动式访谈,与照护者明确照护关键问题,引导其倾诉内心想法,并给予支持性的反馈:一方面,通过生理和心理方面的支持,指导照

护者树立积极健康心态<sup>[27]</sup>,增强其身心应对能力,提升其照护技能,充分调动照护者的积极性,从而激发自我效能,积极承担照顾患者的责任;另一方面,通过分享良好预后的成功案例,指导、鼓励并协助照护者充分利用现有资源、积极寻找可利用的社会资源,提高其应对能力,降低其焦虑、抑郁水平<sup>[28]</sup>,而焦虑、抑郁水平的改善亦会促进照护负担和自我效能的改善,从而进一步推动照护者主动积极参与照顾工作<sup>[29]</sup>。

### 4 小 结

恶性肿瘤患者从其确诊直至生命结束,多需要进行精心照护。由于患者社会能力、生活能力的丧失及肿瘤疾病的巨大的经济毒性,极易导致其照护者照护负担加重、负性情绪严重及自我效能低下等情况发生。本研究采用耳穴压豆联合赋能教育对恶性肿瘤患者照护者进行干预,发现其可明显改善恶性肿瘤患者照护者照护负担、负性情绪及自我效能,可在临床工作中推广应用。但本研究尚需继续扩大样本量,同时逐步完善赋能教育的内容,使其更具有科学性、合理性,从而进一步提高恶性肿瘤患者照护者照护能力,为改善恶性肿瘤患者及其照护者生活质量提供参考。

### 参 考 文 献

- [1] 朱丽婷,濮家琳,李春,等.决策准备对食管癌患者决策疲劳的影响路径研究:决策冲突的中介效应和参与决策期望的调节效应[J].护士进修杂志,2023,38(21):1954-1959.
- [2] 刘京,朱蓓,魏青,等.肠造口患者及其照顾者的抑郁和疲劳对生活质量的主客体效应分析[J].中国心理卫生杂志,2022,36(4):313-318.
- [3] 朱李敏,范天爱,袁长蓉,等.肿瘤患者家庭照护者社会孤立感现状及其影响因素分析[J].军事护理,2023,40(7):69-72.
- [4] 焦洋,仲飞.授权赋能教育对老年恶性肿瘤患者家庭主要照顾者照顾负担、负性情绪及自我效能的影响[J].中国社会医学杂志,2021,38(4):426-429.
- [5] BANDURA A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change[J]. Psychol Rev, 1977, 84(2):191-215.
- [6] TANG F Y, JANG H, LINGLER J, et al. Stressors and caregivers' depression: Multiple mediators of self-efficacy, social support, and problem-solving skill[J]. Soc Work Health Care, 2015, 54(7):651-668.
- [7] 宫佳丽.结直肠癌患者-配偶照顾者自我效能干预方案的构建与应用研究[D].无锡:江南大学,2023.
- [8] 张诗晴.赋能教育结合激励式心理干预对经皮冠状动脉介

- 入术后患者情绪状态、自我效能和康复依从性的影响[J].临床与病理杂志,2023,43(6):1266-1273.
- [9] 李师,孙瑛,刘琴,等.穴位按摩联合赋能教育在肠造口患儿家庭护理中的疗效观察[J].中医药导报,2024,30(5):107-110.
- [10] 韩艳,刘艳梅,刘莹丽,等.照护者同步赋能对糖尿病肾病患者疾病管理及生活质量的影响[J].贵州医药,2023,47(3):465-466.
- [11] 阳红娟,何小霞,严银英,等.配偶同步赋能教育对乳腺癌PICC化疗患者早期自我效能与生活质量的影响[J].护理学杂志,2020,35(6):72-75.
- [12] 唐婕妤,谭军,赵晔,等.耳穴压豆联合中医情志护理治疗高血压合并焦虑(肝郁化火型)的疗效观察[J].中医药导报,2023,29(5):112-115,123.
- [13] ZUNG W W, RICHARDS C B, SHORT M J. Self-rating depression scale in an outpatient clinic. Further validation of the SDS[J]. Arch Gen Psychiatry, 1965, 13(6):508-515.
- [14] ZUNG W W. A rating instrument for anxiety disorders[J]. Psychosomatics, 1971, 12(6):371-379.
- [15] 侯哲.Zarit护理负担量表中文版的研制及初步应用[D].北京:中国医科大学,2005.
- [16] 王才康,胡中锋,刘勇.一般自我效能感量表的信度和效度研究[J].应用心理学,2001,7(1):37-40.
- [17] 刘丽,苏明珠,张锦欣,等.中国恶性肿瘤患者经济毒性发生率的Meta分析:基于患者报告经济毒性综合评分量表[J].中国循证医学杂志,2023,23(11):1269-1274.
- [18] RENATI R, BONFIGLIO N S, ROLLO D. Dealing with loved ones' addiction: Development of an app to cope with caregivers' stress[J]. Int J Environ Res Public Health, 2022, 19(23):15950.
- [19] 杨琨,赵彤,邢凤梅.Housebound老年人主要照顾者社会支持与生活质量的相关性[J].中国卫生事业管理,2019,36(11):855-858.
- [20] 皇甫海全,隋雨桐,于海睿,等.加味柴胡桂枝汤治疗冠心病伴焦虑抑郁机制的网络药理学及分子对接研究[J].中国中医急症,2024,33(6):945-951.
- [21] 李珊珊,尹平,徐世芬.针灸治疗围绝经期睡眠障碍的临床与机制研究进展[J].时珍国医国药,2020,31(1):169-171.
- [22] 王颖,蔡喆焱,陈献,等.子午流注择时循经按摩对心血瘀阻型心绞痛的效果评价[J].中医药导报,2020,26(16):101-103.
- [23] 房瑛,王晓伟,赵晓芸,等.耳穴压豆联合针灸治疗对经皮冠状动脉介入术后抑郁患者血清炎性因子与神经递质的影响[J].延安大学学报(医学科学版),2024,22(1):29-33.
- [24] 庞枫,刘娟.穴位贴敷联合耳穴压豆治疗脑梗死伴抑郁焦虑患者临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2024,22(1):111-113.
- [25] YU J, YU Y G. Therapeutic effects of targeted nursing interventions combined with auricular-plaster therapy on anxiety level and life quality of Hepatitis B patients[J]. Pak J Pharm Sci, 2018, 31(4):1375-1378.
- [26] 张红,李伟,赵凯,等.耳穴综合疗法治疗糖尿病合并焦虑抑郁患者的随机对照研究[J].北京中医药,2024,43(6):618-621.
- [27] LUO X J, LI J Y, CHEN M Z, et al. A literature review of post-treatment survivorship interventions for colorectal cancer survivors and/or their caregivers [J]. Psychooncology, 2021, 30(6):807-817.
- [28] SINGH N, GIANNITRAPANI K F, GAMBOA R C, et al. What patients facing cancer and caregivers want from communication in times of crisis: A qualitative study in the early months of the COVID-19 pandemic[J]. Am J Hosp Palliat Care, 2024, 41(5):558-567.
- [29] 方英,林丽红,李霞.家庭尊严干预对阿尔茨海默症患者主要照顾者心理状态的影响研究[J].护理管理杂志,2021,21(2):118-122.

(收稿日期:2024-10-06 编辑:罗英姣)

**(上接第88页)**

- [11] 周明华,谭红,何思长.我国三级公立中医医院绩效考核指标评价内涵分析[J].卫生软科学,2022,36(3):7-12.
- [12] 李立群,陈璟,李洪兵,等.中医院绩效考核对提升中医药服务能力的实践探索[J].江苏卫生事业发展管理,2023,34(4):539-542.
- [13] 焦建平.公立中医院实施绩效考核管理策略的探讨与思考[J].现代医院,2021,21(6):824-826.
- [14] 刘恺.公立中医医院绩效考核指标体系的构建及信息化应用[J].财会学习,2022(35):119-121.
- [15] 刘伟,杜喆,徐文.公立中医院绩效考核存在的问题与对策探析[J].财经界,2023(25):78-80.
- [16] 马尚寅,高关心,张海悦,等.从公立医院绩效考核政策分

- 析三级与二级公立医院功能定位与发展导向差异[J].中国卫生质量管理,2021,28(3):89-92,100.
- [17] 刘晶.基于中医药特色的三级公立中医医院高质量发展评价指标体系研究[D].北京:中国中医科学院,2023.
- [18] 韩姜.公立医院绩效考核的现状与对策研究[J].质量与市场,2022(21):124-126.
- [19] 王静.强化公立中医院绩效考核的现实思考[J].中国商界,2022(11):102-105.
- [20] 操礼庆.大型综合医院绩效管理现状、问题与改进思路[J].卫生经济研究,2024,41(1):73-76,80.
- [21] 朱宏.广东:四套方针引导二级公立医院提质增效[J].中国卫生,2022(1):74-75.

(收稿日期:2024-09-25 编辑:蒋凯彪)