

## • 临床研究 •

## 乳腺癌术后抑郁症患者综合心理干预价值的研究

张爱琴 曾宪红 杨孙虎 杨仲俊

**【摘要】 目的** 探讨综合的心理干预措施对乳腺癌术后抑郁症患者的价值。**方法** 采用前瞻性病例对照单盲试验研究方法,将术后病理确诊为乳腺癌、符合《中国精神障碍诊断与分类标准第 3 版》中抑郁症诊断标准、初始(诊断抑郁症后第 1 次评价)汉密尔顿抑郁量表(HAMD, 24 项版本)得分 $\geq 20$ 并最终进入统计分析的 87 例女性患者分成对照组和干预组。两组病例治疗方法相同,基本情况差异无统计学意义。对照组 41 例实施常规治疗和护理,干预组 46 例在此基础上进行由心理咨询师参与的综合心理干预。采用 HAMD 抑郁量表和乳腺癌患者生活质量量表(FACT-B)分别于初始、第 4 周末和第 6 个月末对两组患者进行抑郁状况和生活质量评价,并根据患者完成化疗和放射治疗的脱漏率评价其遵医行为。采用重复测量的方差分析、计数资料 $\chi^2$ 检验、两独立样本  $t$  检验及配对  $t$  检验进行统计分析。**结果** 两组患者 HAMD 评分差异有统计学意义( $P=0.000$ );干预组第 6 个月末 FACT-B 总分和各领域得分与初始及对照组第 6 个月末比较,差异均有统计学意义( $P=0.000$ );两组间术后辅助化疗和放射治疗的脱漏率比较,差异有统计学意义( $\chi^2=4.121 P=0.042, \chi^2=4.586 P=0.032$ )。**结论** 综合心理干预能够明显改善患者的心理健康状况,增强患者治疗的依从性,提高其生活质量,非常适合乳腺癌患者各种治疗相对集中的早期。

**【关键词】** 乳腺肿瘤;抑郁症;心理干预;心理健康;生活质量

**【中图法分类号】** R737.9

**【文献标识码】** A

**Study on psychological intervention of postoperative depression for breast cancer patients**

ZHANG Ai-qin, ZENG Xian-hong, YANG Sun-hu, YANG Zhong-jun. Department of Breast Surgery, People's Hospital of Zhangye Municipality, Zhangye 734000, China

**【Abstract】 Objective** To investigate the effect of comprehensive psychological intervention on depression of patients after mastectomy. **Methods** A prospective case-control single blind study was performed. Eighty seven female patients, who were postoperatively pathologically confirmed as breast cancer, met the diagnostic criteria of CCMD-3 (Chinese Classification and Diagnostic Criteria of Mental disorders 3rd version), had the initial HAMD (Hamilton Rating Scale for Depression, 24 item version) score $\geq 20$ , and eventually enrolled into statistical analysis, were divided into the psychological intervention group ( $n=46$ ) and the control group ( $n=41$ ). Both groups were treated with same methods, with no statistical difference in basic conditions between the two groups. The control group received conventional treatment and nursing care, and the psychological intervention group conventional treatment and nursing care plus comprehensive psychological intervention. We used HAMD and the Functional Assessment of Cancer Therapy Scale-Breast (FACT-B) to assess the depression

作者单位:734000 甘肃 张掖,张掖市人民医院乳腺科

degree and quality of life for these patients before the intervention and at the end of the 4th week and the 6th month after the intervention. The compliance behaviors of patients were evaluated according to the dropout rates of chemotherapy and radiotherapy. Repeated measures analysis of variance, chi-square test, two-sample  $t$  test and paired  $t$  test were used for statistical analysis. **Results** There was a significant difference in HAMD score between the two groups ( $P=0.000$ ). There was a statistical difference in the total score of FACT-B at the end of the 6th month and other items' scores compared with before the intervention in the intervention group, and compared with those at the 6th month in the control group ( $P=0.000$ ). The comparison of the dropout rates of postoperative chemotherapy and radiotherapy showed a statistical difference between the two groups ( $\chi^2=4.121$   $P=0.042$ ,  $\chi^2=4.586$   $P=0.032$ ). **Conclusion** Comprehensive psychological intervention can significantly improve the patient's mental health, treatment compliance behavior and quality of life, so it is very suitable for breast cancer patients after mastectomy.

**【Key words】** Breast neoplasms; Depression; Mental intervention; Mental health; Life quality

抑郁症是乳腺癌患者常见的一种精神心理障碍。2008 年 Fann 等<sup>[1]</sup>回顾总结过去 20 年女性乳腺癌患者抑郁症患病率的研究结果显示,乳腺癌术后抑郁的发生率大约是 10.0%~25.0%。国内文献报道的发病率为 19.1%~36.0%<sup>[2-4]</sup>。乳腺癌不仅威胁患者的生命,而且其特殊的生长位置给妇女形体造成很大的损害,对患者来说是严重的应激性事件,可诱发和加重抑郁症的发生。癌症患者抑郁可加重治疗不良反应,影响治疗效果,加重病情,并能促进肿瘤的复发、转移、恶化等<sup>[5]</sup>。心理干预对于控制患者情绪、减轻治疗不良反应、增强疗效、改善预后和提高生存质量有明显的作用<sup>[6]</sup>。本研究针对易诱发抑郁症的相关因素,对乳腺癌术后抑郁症患者采取由专业心理咨询师参与的综合心理干预,对改善患者的心理健康状态、增强患者的遵医行为、提高患者生活质量起到了积极的作用。

## 1 资料和方法

### 1.1 研究对象

选择本院 2007 年 3 月至 2009 年 2 月收治的 362 例乳腺癌术后患者中符合入组标准的 95 例患者,均为女性。为了不造成患者心理疑虑,便于干预措施的实施,将入组病例按住院时间分组,其中 2007 年 3 月至 2008 年 2 月的 46 例为对照组,年龄 31~67 岁;2008 年 3 月至 2009 年 2 月的 49 例为干预组,年龄 28~68 岁。随访至实验结束时失访 8 例(对照组 5 例,干预组 3 例),将其舍弃,纳入统计分析 87 例(对照组 41 例,干预组 46 例)。两组病例在年龄、受教育程度、癌症分期、婚姻状况、卡氏评分(karnofsky, KPS)和家庭收入等

方面的差异无统计学意义( $P>0.050$ ,表 1)。

表 1 两组患者的一般情况比较

组别	例数	年龄(岁)	受教育程度(例)					临床分期(例)		
			文盲	小学	初中	高中/中专	大专以上	I 期	II 期	III 期
对照组	41	44±8	6	10	12	7	6	4	26	11
干预组 <sup>a</sup>	46	42±9	6	12	11	9	8	4	29	13

  

组别	婚姻状况(例)		KPS 评分(例)					家庭人均收入(例)	
	在婚	离异/未婚/丧偶	50 分	60 分	70 分	80 分	90 分	<2000 元	>2000 元
对照组	34	7	6	10	12	7	6	23	18
干预组 <sup>a</sup>	37	9	6	12	11	9	8	26	20

a:  $P > 0.050$ , 与对照组比较

## 1.2 入组标准

(1)经术后病理诊断确诊为乳腺癌,患者基本了解自己的病情;(2)符合中华医学会精神科分会 2001 年制定的《中国精神障碍诊断与分类标准第 3 版》(CCMD-3)抑郁症诊断标准<sup>[7]</sup>;(3)初始(即入院后出现抑郁症状,按照抑郁症诊断标准诊断为抑郁症后进行的第 1 次评价)汉密尔顿抑郁量表(hamilton rating scale for depression, HAMD, 24 项版)得分 $\geq 20$ 分;(4)既往和目前无精神障碍和意识障碍,无理解力、记忆力、定向力等认知障碍;(5)无严重自杀危险患者;(6)KPS 评分 $\geq 50$ 分。

## 1.3 评价工具和方法

(1)入组病例于初始、第 4 周末和第 6 个月末分别采用 HAMD (24 项版)进行抑郁状况的评价;(2)根据患者术后完成辅助化疗和放射治疗的记录计算治疗脱漏率,评价其遵医行为;(3)入组病例于初始和第 6 个月末采用由美国结局研究与评估中心(CORE)的 Cella 等<sup>[8]</sup>研制并经万崇华等<sup>[9]</sup>修订的中文版癌症治疗功能评价系统-乳腺癌生活质量测评量表(functional assessment of cancer therapy-breast quality of life instrument, FACT-B)评价患者的生活质量。所有量表资料采用单盲法收集,由一名心理咨询师和经过专业培训的主管护师对患者进行客观评分。

## 1.4 评价标准

(1)HAMD 被广泛用于评价抑郁症状的治疗效果,是目前世界上最常用的抑郁症评价工具,每项赋 0~3 分,总分 0~78 分, $<8$ 分为无抑郁, $\geq 20$ 分为轻、中度抑郁, $\geq 35$ 分为重度抑郁,分数越高则表示抑郁症状越严重<sup>[10]</sup>;(2)根据化疗方案的选择和必要的放射治疗周期,对不能完成完整的化疗方案和放射治疗周期者视为治疗脱漏;(3)FACT-B 由 5 个领域组成,即 FACT-G(测量癌症患者生命质量共性模块,分 4 个方面,27 项条目)和乳腺癌的特异模块(9 项条目)构成的测定乳腺癌患者的特异量表(共 36 项条目)。各条目均按 5 级积分,正向条

目得分=(0+回答选项数码),逆向条目得分=(4-回答选项数码)。以各领域所包括的条目得分相加即为该领域得分,患者如有拒绝回答的条目按缺失值处理,即该领域各条目的得分之和 $\times$ 该领域的条目数 $\div$ 实际回答的条目数,各领域相加即得总分,得分越高说明生活质量越高。

### 1.5 综合心理干预措施

入组病例均进行乳腺癌改良根治术或乳腺癌根治术。术后给予必要的辅助化疗、放射治疗和内分泌治疗,其中干预组46例术后需要进行化疗和放射治疗的分别是41例和40例,对照组41例术后需要进行化疗和放射治疗的分别是39例和33例。辅助化疗一般于术后第1周内开始,放射治疗于化疗周期结束后开始,最后是内分泌治疗。均未使用抗抑郁药物,必要时可以使用苯二氮卓类药物。入组病例实施常规护理,干预组在此基础上进行由心理医生参与的综合心理干预。参与干预措施的医护人员均进行了抑郁症相关知识的培训。

**1.5.1 心理支持:**通过提供健康信息、促进和指导家庭成员对患者以及患者相互之间的鼓励和支持来消除其恐慌心理,增强治疗信心。主治医师和护理人员给予患者较多的包容、关爱和鼓励,态度和蔼,仔细聆听她们的心声,理解患者的消极情绪,用自信、乐观的情绪和语言感染患者。

(1)健康教育 即提供信息、进行健康指导。于辅助化疗和放射治疗前后,由主治医师给患者及家庭主要成员讲解疾病的相关知识、预后、治疗过程和不良反应以及应对措施,使患者对自身疾病有一个全面的认识,打破以往“癌症是不治之症”的错误认识;告知患者乳腺癌早期诊断和规范治疗大多可获得良好的疗效,术后5年生存率高,关键要保持良好的心态,以减轻患者对疗效及生存时间的忧虑,提高治疗的依从性。

(2)家庭成员的支持 在住院期间由高年资主管护师对患者和家庭主要成员进行癌症和抑郁症相关知识教育,每周2次,使其对癌症和抑郁症的病因、治疗过程和预后及其危害有较全面的认识;指导患者家人支持和督促患者完成治疗,告知其家人绝对不要责备患者是装病或是偷懒,也不要期望病情会突然好起来,理解患者的不良情绪并给予帮助,与患者建立良好的亲情关系是帮助患者复原的第一步;要求家属陪同患者及时复诊,了解是否有家庭支持隐患,并给予相应的指导。

(3)团体心理支持 在住院期间,每周由主管护师组织乳腺癌患者(也可有其他癌症患者)在一起进行座谈,患者自由交流,彼此诉说内心的感受,鼓励患者提问有关疾病和心理方面的各种问题,给予积极解释和心理疏导;让患者相互留下联系方式,鼓励她们在出院后加强交流,互相帮助,尤其是无抑郁症的患者可以其积极的生活态度感染抑郁症患者,团体的归属感也会明显降低患者的社会孤独感,增加其生活的希望。



**1.5.2 纠正不正确的认知:**由心理医生完成,每月咨询 2~4 次,每次 30~60 min。通过耐心倾听患者的主诉,鼓励其表达各种不适和不满情绪,进行具体的分析和解释,找到患者产生抑郁的症结,矫正歪曲的认知态度;帮助其学会使用合理的思维方式去认识和评价客观事物,消除不必要的担忧和顾虑,减轻其自责、自卑的消极心态和对病情的无力控制感、绝望感;让患者明白抑郁症主要是改变了人的情绪和认知,就像给人戴了一副灰色眼镜,看到的所有事物都是“灰色”的,只要积极治疗,就可以“摘掉眼镜”,完全正常地生活、工作。

**1.5.3 鼓励和督促患者参与各种活动:**医护人员和家人鼓励和督促患者按时就寝、按时起床,尽可能多到室外活动、多接受阳光,适当锻炼身体,扩大人际交往,将自己置身于集体当中,与人沟通、交朋友,尤其多和精力充沛、充满活力的人相处,让患者更多的感受到事物的光明和美好。鼓励工作强度低的患者出院后积极参加工作,不能胜任原工作强度的患者,鼓励其寻求单位的帮助进行适当调整,使其投身于社会家庭中,增强其价值感和成就感,

**1.5.4 正确认识抑郁症躯体化症状:**大部分抑郁患者都有躯体及其他生物症状,例如心悸、胸闷、胃肠不适、便秘、食欲下降、体质量减轻和睡眠障碍等。对躯体症状突出的患者,请专科医师会诊,进行必要的辅助检查,排除器质性病变,并由科内较权威的医师向患者解释抑郁症产生躯体化症状的机制,说明其症状不是器质性病变引起,而是一种主观感觉,以解除患者因担忧自己的健康而增加抑郁的理由。睡眠障碍较重的患者可以使用苯二氮卓类药物。

**1.5.5 特定领域的心理干预:**由主管护师告知患者正常的性生活对病情无不利影响,指导其佩戴义乳,以消除患者的顾虑,尽可能将形体改变带来的性功能的心理障碍降到最低;出院前夕由心理医生对患者及其丈夫进行有效的、多层次的心理干预,鼓励患者逐渐恢复到术前的性行为。

## 1.6 统计学处理

采用 SPSS10.0 软件进行数据处理,计量资料用均数±标准差表示,采用重复测量的方差分析、计数资料  $\chi^2$  检验、两独立样本  $t$  检验及配对  $t$  检验进行统计分析, $P < 0.050$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者初始、第 4 周末和第 6 个月末抑郁心理状态评价

在不同组别之间以及不同测量时间之间患者的 HAMD 评分差异均有统计学意义( $P = 0.000$ ),分组与时间因素之间存在交互作用( $P = 0.000$ ,表 2)。

### 2.2 两组患者术后完成辅助化疗和放射治疗的脱漏率比较

两组间术后辅助化疗的脱漏率差异有统计学意义( $P < 0.050$ ),并且术后放射治疗脱漏率的差异也有统计学意义( $P < 0.050$ ,表 3,4)。

表 2 两组患者初始、第 4 周末和第 6 个月末 HAMD 评分比较

组别	例数	初始	第 4 周末	第 6 个月末
干预组 <sup>a</sup>	46	32.78±4.90	26.57±5.27	16.22±4.98 <sup>b</sup>
对照组	41	31.83±5.24	30.63±6.31	28.78±5.96

a:  $P=0.000$ , 与对照组比较( $F=26.893$ ); b:  $P=0.000$ , 与初始和第 4 周末比较( $F=185.852$ ); 交互作用(处理×时间):  $F=88.443$ ,  $P=0.000$

表 3 两组患者术后辅助化疗的脱漏率比较

组别	例数	脱漏[例(%)]	未脱漏[例(%)]	$\chi^2$ 值	$P$ 值
干预组	41	5(12.20)	36(87.80)	4.121	0.042
对照组	39	12(30.77)	27(69.23)		

表 4 两组患者术后放射治疗的脱漏率比较

组别	例数	脱漏[例(%)]	未脱漏[例(%)]	$\chi^2$ 值	$P$ 值
干预组	40	5(12.50)	35(87.50)	4.586	0.032
对照组	33	11(33.33)	22(66.67)		

### 2.3 两组患者初始和第 6 个月末的生活质量评价

初始时两组患者 FACT-B 总分和各领域评分比较, 差异无统计学意义( $P>0.050$ ), 说明两组病例均来自同一样本, 具有可比性。干预组第 6 个月末总分和各领域得分与初始及对照组第 6 个月末比较, 差异均有统计学意义( $P=0.000$ )。对照组第 6 个月末总分和生理状况、情感状况、附加关注领域得分与其初始时比较, 差异也有统计学意义( $P<0.050$ ), 而社会家庭状况和功能状况与初始时比较, 差异无统计学意义( $P>0.050$ , 表 5~8)。

表 5 初始时两组患者的 FACT-B 评分比较

组别	例数	量表总分	社会家庭状况	生理状况	情感状况	功能状况	附加关注
干预组	46	74.78±6.20	18.48±2.88	13.78±3.26	14.63±3.22	12.41±2.59	15.52±3.56
对照组	41	75.07±6.79	17.78±3.02	14.68±2.46	14.22±2.53	13.27±2.06	15.12±2.68
$t$ 值		-0.208	1.102	-1.440	0.657	-1.691	0.586
$P$ 值 <sup>a</sup>		0.835	0.273	0.154	0.513	0.094	0.559

a: 两独立样本  $t$  检验

表 6 第 6 个月末时两组患者的 FACT-B 评分比较

组别	例数	量表总分	社会家庭状况	生理状况	情感状况	功能状况	附加关注
干预组	46	110.59±5.34	23.63±1.42	22.63±2.18	20.32±2.66	19.33±2.98	24.89±1.99
对照组	41	82.64±7.07	18.15±1.98	16.68±2.13	15.26±3.11	14.44±3.11	18.12±2.68
$t$ 值		20.935	14.953	12.836	8.041	7.472	13.478
$P$ 值 <sup>a</sup>		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

a: 两独立样本  $t$  检验

表 7 干预组患者初始与第 6 个月末时 FACT-B 评分比较

时间	量表总分	社会家庭状况	生理状况	情感状况	功能状况	附加关注
初始	74.78±6.20	18.48±2.88	13.78±3.26	14.63±3.22	12.41±2.59	15.52±3.56
第 6 个月末	110.59±5.34	23.63±1.42	22.63±2.18	20.32±2.66	19.33±2.98	24.89±1.99
$t$ 值	-25.669	-11.663	-17.292	-9.340	-11.847	-14.935
$P$ 值 <sup>a</sup>	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

a: 配对  $t$  检验

表 8 对照组患者初始与第 6 个月末时 FACT-B 评分比较

时间	量表总分	社会家庭状况	生理状况	情感状况	功能状况	附加关注
初始	75.07±6.79	17.78±3.02	14.68±2.46	14.22±2.53	13.27±2.06	15.12±2.68
第 6 个月末	82.64±7.07	18.15±1.98	16.68±2.13	15.26±3.11	14.44±3.11	18.12±2.68
<i>t</i> 值	-5.162	-0.685	-3.827	-2.369	-1.843	5.027
<i>P</i> 值 <sup>a</sup>	0.000	0.497	0.000	0.023	0.073	0.000

a: 配对 *t* 检验

### 3 讨论

乳腺癌的诊断给患者带来巨大的心理压力,其治疗又是一个漫长而复杂的过程。治疗过程中身体外形的变化、躯体痛苦、家庭和社会关系的变化以及经济压力等多种因素相互作用,诱发和加重抑郁症的发生,严重影响患者的生活质量和医师的治疗决策,因此,对乳腺癌患者的抑郁状态要及时进行干预。王丕琳等<sup>[11]</sup>研究表明,对乳腺癌患者实施心理干预可以降低其多种心理障碍的发生率及反应程度,对缓解患者紧张程度、减少患者生物治疗的不良反应、恢复良好的心理及社会功能,具有较为积极的作用。本研究对 46 例乳腺癌术后抑郁症患者进行了包括心理支持、纠正不正确认知、督促患者参与积极活动、正确认识抑郁躯体化症状和特定领域的综合心理干预,实践表明综合心理干预对该类患者确实起到有效的临床干预作用。其一,本研究采取健康教育、家庭成员和社会团体给予患者心理支持,使患者受到关心和鼓励,让患者产生安全感;医护人员及时提供的健康知识和信息增强了患者和家属对治疗的信心,家属的理解、包容和支持使患者感到家庭的温暖,鼓励和帮助患者置身于团体和社会家庭,减轻了患者的心理压力和孤独感,尤其是家庭成员的支持起到了很重要的干预作用。这与贾文亮等<sup>[12]</sup>报道的良好家庭支持系统有利于提高抑郁症患者的生活质量,改善其抑郁情绪的研究结果相一致。其二,纠正患者不正确的认知也非常重要,因为乳腺癌术后的抑郁症常常是由于患者歪曲自己的认知所致。被歪曲的认知往往存在于潜意识而不被觉察,但它却对患者产生着潜移默化的作用,导致患者产生消极情绪和行为,而消极情绪和行为又往往和歪曲认知交互作用,导致消极情绪的加重<sup>[13]</sup>。其三,乳腺癌患者因疾病本身和各种治疗的不良反应引起较多的躯体不适,与抑郁症的躯体化症状相互交错,更加重了抑郁情绪,形成恶性循环,因此,对患者抑郁躯体化症状的识别、解释和心理疏导也极为重要,有利于患者心情放松和躯体化症状的缓解。其四,手术、化疗和放射治疗造成患者女性第二性征缺失、脱发和皮肤的放射性炎症等,严重损害了患者的女性美,使其产生较强的自卑心理,过分担忧夫妻关系而引起或加重抑郁症。唐旭等<sup>[14]</sup>调查后也认为,对自身残缺的形体产生的自卑感是引起性生活质量下降的首要原因,尤其与其丈夫的态度有很大的关系,因此,对患者及其丈夫进行心理干预也很重要,尤其是丈夫的体贴和关爱,是患者走出性心理障碍和抑郁的主要因素。

本研究结果显示:干预组患者通过综合的心理干预后,抑郁状况在不同时段(第4周末和第6个月末)均有改善,较对照组明显好转,交互作用的检验结果也说明了干预组与对照组患者抑郁状况的变化情况是不同的,干预组优于对照组(表2)。干预组术后辅助化疗和放射治疗的脱漏率低于对照组(表3和表4),说明干预组患者的遵医行为优于对照组。第6个月末干预组患者生活质量较初始和对照组均有明显提高,对照组患者第6个月末生活质量总分和生理状况、情感状况、附加关注领域得分与初始比也有提高,分析原因是半年后随着各种治疗的减少、躯体症状的减轻等,使患者的生理、情感状况和附加关注较前有所好转,而社会家庭状况和功能状况与初始比未见明显改变。总之,通过医生、护师、心理咨询师和家庭成员的共同努力,针对患者的各种心理问题,从不同角度、多个方面进行支持、关注和指导,减轻其抑郁情绪和恶劣心境,促进心理健康,增强了患者治疗的依从性,从而改善预后,提高了生活质量,且心理干预无不良反应,非常适合乳腺癌患者各种治疗相对集中的早期。

本研究在一个病区实施,病例按时间成组设计是为了避免随机分组时干预措施引起不同组患者的疑虑和误解,并且经统计分析两组患者的基本情况也无差异。笔者还对因医疗技术水平的提高、术后放射治疗和化疗中不良反应和并发症的控制等一些混杂因素给予了积极控制,以期将其影响降到最低。

(志谢:本院心内科副主任医师苏雨在本文统计方面做了大量的工作,在此表示诚挚的感谢!)

### 参考文献

- [1] Fann JR, Thomas Rich AM, Katon WJ, et al. Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. *Gen Hosp Psychiatry*, 2008, 30: 112-126.
- [2] 汤艳清,李艳苓,谢光荣,等. 氟西汀对乳癌患者抑郁症状的疗效研究. *中国行为医学科学杂志*, 2004, 13: 399-400.
- [3] 张继东,舒志荣. 恶性肿瘤患者抑郁症及影响因素的调查. *青岛大学医学院学报*, 2006, 42: 347-349.
- [4] 邹建军,郑莹,古青,等. 影响癌症病人抑郁状况的因素研究. *肿瘤*, 2005, 25: 186-191.
- [5] 童亚芳. 护士对癌症患者抑郁症的认识. *国外医学·护理学分册*, 2000, 19: 35-36.
- [6] Bernhard H, Georg K, Martin K, et al. Quality of life in breast cancer patients: not enough attention for long-term survivors. *Psychosomatics*, 2001, 42: 117-123.
- [7] 陈彦方,胡珍玉. 抑郁问题与抑郁障碍综合干预程序. 北京:中国协和医科大学出版社, 2009: 19.
- [8] Cella DF, Tulsky DS, Gray G, et al. The functional assessment of cancer therapy scale: development and validation of the general measure. *J Clin Oncol*, 1993, 11: 570-579.
- [9] 万崇华,张冬梅,汤学良,等. 乳腺癌患者生命质量测定量表 FACT-B 中文版介绍. *中国肿瘤*, 2002, 11: 318-320.
- [10] 郭念锋. 心理咨询师/二级. 北京:民族出版社, 2005: 174-178.
- [11] 王丕琳,张铁,智迎辉. 乳腺癌治疗过程中的心理问题及干预策略研究. *肿瘤防治杂志*, 2005, 12: 1691-1694.
- [12] 贾文亮,周朝霞,孙凤新,等. 家庭支持系统对抑郁症生活质量影响的研究. *中国实用医药*, 2009, 4: 231-232.



- [13] 何雪娟,杨署光. 乳腺癌手术后抑郁症综合治疗分析. 承德医学院学报, 2006, 23: 313-314.
- [14] 唐旭,赵斌,谢杰荣. 青年乳腺癌患者术后性生活质量变化及其影响因素调查. 神经疾病与精神卫生, 2006, 6: 185-187.

(收稿日期: 2009-09-21)

(本文编辑: 罗承丽)

张爱琴,曾宪红,杨孙虎,等. 乳腺癌术后抑郁症患者综合心理干预价值的研究[J/CD]. 中华乳腺病杂志: 电子版, 2010, 4(2): 168-176.