·论　　著·

基于Q方法的卵巢癌化疗患者症状自我管理偏好研究

康玉莹[1]，郭娅[2]，翟晓涵[2]，王芮[1]，侯铭[1,3,4]

摘要：目的 探讨卵巢癌化疗患者症状自我管理的偏好类型，为制订个性化的症状管理干预方案提供依据。**方法** 采用Q方法，对15例卵巢癌化疗患者进行半结构式访谈，总结整理访谈资料并结合文献回顾资料生成30条Q陈述，将Q陈述编号并随机排列以备用；另选取14例卵巢癌化疗患者按Q方法对Q陈述进行排序，对所得数据进行因子分析，以明确患者症状自我管理的偏好类型。**结果** 共提取3个因子，累计方差贡献率为61.00%，14例患者均成功归入单一因子，无交叉载荷者。卵巢癌化疗患者症状自我管理偏好可分为探索依赖型、积极掌控型、策略适应型3种类型。3种类型患者在症状认知、管理策略及社会支持利用等方面存在一定差异。**结论** 卵巢癌化疗患者的症状自我管理偏好具有异质性。医护人员应甄别患者症状自我管理的不同偏好类型，开展针对性症状管理，以有效缓解化疗相关症状。

关键词：卵巢癌；　化疗；　症状负担；　症状管理；　自我管理；　Q方法

中图分类号：R473.71　**DOI：**10.3870/j.issn.1001-4152.2026.20.046

Symptom self-management preferences among ovarian cancer patients undergoing chemotherapy based on Q methodology

Kang Yuying, Guo Ya, Zhai Xiaohan, Wang Rui, Hou Ming. School of Nursing, Xinjiang Medical University, Urumqi 830017, China

Abstract: Objective To explore the preference types of symptom self-management among patients with ovarian cancer undergoing chemotherapy, and to provide a basis for developing individualized symptom management interventions. **Methods** The Q methodology was employed. Semi-structured interviews were conducted with 15 ovarian cancer patients undergoing chemotherapy. Interview data were analyzed in conjunction with a literature review to generate 30 Q statements, which were numbered and randomly arranged for the Q-sorting procedure. Then other 14 ovarian cancer patients undergoing chemotherapy were recruited to rank the Q statements according to the Q methodology. Factor analysis was then performed on the Q-sort data to identify distinct preference types of symptom self-management. **Results** Three factors were extracted, accounting for 61.00% of the total variance. All 14 patients were successfully classified into a single factor, with no cross-loading identified. Three preference types of symptom self-management were identified: exploratory-dependent, proactive-control, and strategic-adaptive types. Patients with different preference types showed variations in symptom perception, symptom management strategies, and utilization of social support. **Conclusion** Symptom self-management preferences among ovarian cancer patients undergoing chemotherapy exhibit heterogeneous. Healthcare professionals should identify patients' individual preference types for symptom self-management and provide tailored symptom management interventions to effectively alleviate chemotherapy-related symptoms.

Keywords: ovarian cancer;　chemotherapy;　symptom burden;　symptom management;　self-management;　Q methodology

卵巢癌是女性生殖系统恶性肿瘤之一，2022年全球卵巢癌发病率位居女性生殖系统恶性肿瘤第三位[1]。卵巢癌起病隐匿，多数患者确诊时已属晚期[2]。卵巢癌在我国女性生殖系统恶性肿瘤中病死率居首位，且发病率持续增长，疾病负担较重[3]。目前，卵巢癌患者多需接受以手术和化疗为主的综合治疗。尽管化疗可延长生存期，但其相关不良反应如恶心呕吐、疲乏、食欲减退等普遍存在，且呈多症状共存状态，不仅降低患者生活质量，还可能影响治疗依从性，甚至导致治疗中断。因此，加强治疗过程中的症状自我管理，已成为卵巢癌连续照护中的重要内容。症状自我管理是指患者在日常生活中对疾病相关症状进行监测、评估及应对的过程，其效果在很大程度上依赖于患者的主动参与[4]。既往研究表明，良好的自我管理行为有助于缓解症状负担、减少医疗资源利用并改善预后[5]。然而，不同患者在症状管理方式的选择及执行过程中存在明显差异，具有个体化特征[6]，这种差异在一定程度上反映了患者在症状自我管理中的主观倾向。目前，关于化疗患者症状自我管理相关研究多以量性研究为主，较少关注患者自身的主观认知及其差异，对卵巢癌化疗患者症状自我管理偏好尚不清楚。因此，深入探究卵巢癌化疗患者症状自我管理偏好尤为重要。Q方法[7]是一种结合定性与定量分析的研究方法，通过对个体主观观点进行排序并进行因子分析，可识别具有相似认知特征的人群类型，适用于探索复杂的主观性问题。与传统以变量

作者单位：1. 新疆医科大学护理学院（新疆 乌鲁木齐，830017）；2. 石河子大学医学院；3. 新疆维吾尔自治区人民医院护理部；4. 新疆区域人群疾病与健康照护研究中心

通信作者：侯铭，187347310@qq.com

康玉莹：女，硕士在读，学生，1791623756@qq.com

科研项目："天山英才"医药卫生高层次人才培养计划项目（TSYC202401B163）

收稿：2026-05-09；修回：2026-07-11

为中心的分析方法相比，Q 方法更关注个体之间在认知和偏好方面的差异。基于此，本研究采用 Q 方法，对卵巢癌化疗患者症状自我管理的不同主观描述进行分类和排序，以明确卵巢癌化疗患者症状自我管理偏好，为制订症状管理干预措施提供依据。

1 对象与方法

1.1 对象

1.1.1 Q 陈述内容构建的访谈对象 2025 年 11 月至 2026 年 3 月，选取新疆维吾尔自治区人民医院妇科的卵巢癌化疗患者作为研究对象。纳入标准：年龄≥18 岁；术后病理检查确诊为卵巢癌，已完成 1 个及以上化疗周期；具备一定的理解和语言表达能力；知情同意，自愿参与本研究。排除标准：有精神类疾病，或严重的认知功能障碍；有严重并发症；不知晓自身病情。以最大差异化原则选取访谈对象，样本量以信息饱和为准。此阶段最终访谈 15 例卵巢癌化疗患者，年龄：<50 岁 2 例，50～<60 岁 7 例，60～<70 岁 3 例，≥70 岁 3 例。文化程度：初中及以下 5 例，高中及以上 10 例。婚姻状况：已婚 13 例，离异 1 例，丧偶 1 例。职业状态：退休 5 例，工人 8 例，农民 2 例。个人月收入：3 000～<5 000 元 2 例，5 000～10 000 元 8 例，>10 000 元 5 例。居住地：城镇 12 例，农村 3 例。国际妇产科联盟分期（FIGO 分期）：Ⅰ期 2 例，Ⅱ期 4 例，Ⅲ期 6 例，Ⅳ期 3 例。化疗次数 3～8 次。本研究已通过新疆维吾尔自治区人民医院伦理委员会审批（KY2025012001）。

1.1.2 Q 排序访谈对象 对 Q 陈述进行 Q 排序的受试对象，又称之为 P 样本。访谈对象纳入与排除标准同上，以最大差异化为原则选取符合纳入与排除标准的患者。根据研究主题对小样本人群进行深入探究。样本量为访谈获取的 Q 陈述条目数量的 1/3～1/2，最多不超过 Q 陈述的条目数量[8]。2026 年 3－4 月，选取在新疆维吾尔自治区人民医院妇科进行化疗的卵巢癌患者为访谈对象。本研究纳入卵巢癌化疗患者 17 例，有效样本 14 例。

1.2 方法

1.2.1 构建 Q 陈述

1.2.1.1 访谈获取资料 研究者通过半结构式访谈获取与研究主题相关的陈述。访谈提纲：①化疗开始后，您的身体都出现过哪些不舒服的感觉？这些不舒服对您的日常生活造成了什么影响？②面对这些不舒服，您通常会做些什么来缓解？有没有遇到过某种方法不管用、又换其他方法的情况？能具体讲讲吗？③关于化疗不良反应的应对方法，您平时会从哪些渠道获取信息？这些信息您是怎么判断和选择的？④您会怎样向医生或护士描述您的不舒服？在这个过程中，您的家人会做些什么？⑤在您特别难受的时候，您会向谁求助？是什么让您选择向他/她求助？⑥回顾整个化疗过程，您觉得自己在应对这些身体不适方面，有没有什么变化或新的感悟？每次访谈时间不少于 20 min。访谈结束后由研究者将录音转录为文本，采用内容分析法进行资料分析，由 2 名研究者独立阅读全部访谈资料，对与卵巢癌化疗患者症状自我管理相关的表述进行逐句编码、归类、提炼主题，持续访谈与转录直至信息饱和为止。通过访谈共提取初始陈述语句 59 条。

1.2.1.2 检索文献获取资料 系统检索 PubMed、Web of Science、CINAHL、Embase、中国知网、万方数据知识服务平台、维普网等中英文数据库。中文检索词：卵巢癌，卵巢肿瘤；化疗，化学治疗；症状管理，自我管理；症状体验。英文检索词：ovarian cancer，ovarian tumor；chemotherapy；symptom management，self-management；symptom experience。由 2 名研究者独立阅读检索获得的相关文献，提炼并补充与研究主题相关的语句。共补充提取语句 21 条。

1.2.1.3 形成 Q 样本 研究小组整合访谈提取的初始陈述及文献补充的相关语句，剔除重复及表述模糊的条目，初步形成 80 条 Q 语句。经研究小组讨论，根据与研究主题的相关性、代表性及语句间的区分度，筛选出 30 条 Q 陈述。邀请 3 名肿瘤科护理专家对 Q 陈述的清晰性、相关性和代表性进行评审，确保内容通俗易懂且无歧义，专家一致认为 30 条 Q 陈述均具有保留价值，未删减。最终形成 Q 陈述 30 条，将其打乱后随机编码，并打印在 30 张卡片（4 cm×8 cm）上备用。

1.2.2 Q 排序

按照 9 级分类方式，制作准正态分布表（见图 1），将 Q 陈述分为符合、中立/不确定及不符合 3 种。指导患者充分阅读并理解 Q 陈述，并根据符合程度（即“最不符合”到“最符合”依次计“－4 分”至“4 分”）逐一将 Q 陈述排列在相应表格中，直至所有 Q 陈述被排列在表内。完成 Q 排序后，受试者需对其如此 Q 排序的原因做出说明，尤其对“最符合”和“最不符合”的 Q 陈述详加说明。

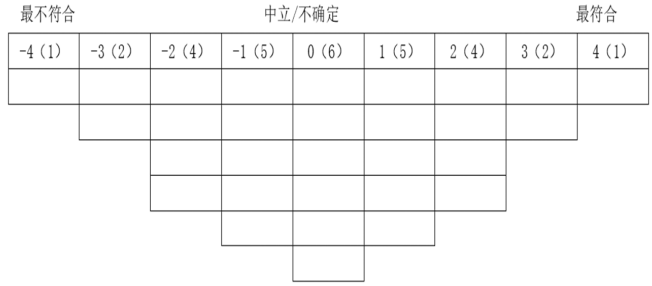

图 1 Q 排序图

1.2.3 Q 分析

使用 KADE 软件（Ken-Q analysis desktop edition）软件对 Q 排序数据进行统计分析。主要包括以下步骤：①因子分析。采用主成分分析法

提取因子，保留特征值＞1且累计方差贡献率≥40%的因子[9]。为了便于解释和命名因子，对提取到的因子以最大方差法进行因子旋转，使因子分类更加清晰。②因子载荷与分类。因子载荷量可以反映受试者(P样本)与因子之间相关强度，其绝对值越大，表明其统计学意义越显著，受试者与因子之间的相关性越强。根据Q方法因子载荷量计算公式，将因子载荷量＞因子个数/$\sqrt{n}$(n为Q陈述数量)作为分类标准[10]，每个因子至少包含2例样本，若某样本同时归属于2个及以上因子(交叉载荷)或未在任何因子上达到显著性水平，则予以删除。③因子分数计算。经过因子分析、因子旋转后，KADE软件可自动计算各因子在各条目(Q陈述)的分值，进行排列，形成因子数列，从而得到各类型的理想化排序。

2　结果

2.1　卵巢癌化疗患者症状自我管理偏好Q陈述　本研究最终确定30条Q陈述，涵盖症状认知(条目2～5、9～10)、管理策略(条目1、6～8、11～14)、医患沟通(条目16～20)、社会支持(条目15、21～25)及疾病观念(条目26～30)5个维度，具体内容见表1。

2.2　卵巢癌化疗患者症状自我管理偏好Q排序结果　使用KADE软件对14份有效Q排序数据进行主成分分析，共提取特征值大于1的因子3个，累计方差贡献率为61.00%(见表2)。14例卵巢癌化疗患者均成功归入某一因子，无交叉载荷。经因子提取及旋转后，KADE软件自动生成各因子的因子得分(Z-score)及理想化Q排序。根据各因子Z-score＞1.0的典型陈述，结合区分性陈述，最终归纳出3种症状自我管理偏好类型，即探索依赖型(因子1)、积极掌控型(因子2)、策略适应型(因子3)。Q排序访谈对象14例，化疗3～8次，与Q样本访谈对象在年龄、文化程度、化疗疗程等关键特征上分布相近，见表3。

2.3　各因子特征描述

2.3.1　因子1：探索依赖型　该因子纳入4例患者(P1、P5、P7、P12)。最认同的陈述包括："我尝试过很多缓解症状的方法，但不确定哪个真的有效"(Z=1.58)、"我有一套自己摸索出来的症状管理方法，且效果不错"(Z=1.54)、"家人的陪伴和支持，是我坚持管理症状的最大动力"(Z=1.53)、"化疗时会和病友交流症状管理经验，这对我有帮助"(Z=1.27)、"症状管理顺其自然就好，不用太刻意"(Z=1.14)。同时，该因子显著不认同"我会使用手机App来记录和追踪我的症状变化"(Z=－1.62)和"刚开始化疗时我不知道怎么应对，是多次经历后才慢慢学会的"(Z=－1.76)。该类型患者主要依赖自身探索和家庭支持来管理症状，虽然认为自己有一定的方法和经验，但对方法的有效性持不确定态度。他们倾向于通过病友交流获取经验，对命运持顺其自然的态度，较少主动寻求医生帮助或使用数字化工具。此类患者的症状管理呈现探索中带有不确定感的特点。

表1　卵巢癌化疗患者症状自我管理偏好Q陈述

序号	Q陈述
1	我会通过多休息来应对化疗后的疲乏感
2	化疗后的疲乏不是休息能解决的，这让我很无力
3	手脚麻木感出现时，我不知道该怎么缓解
4	注射升白细胞药物后不舒服，比化疗本身更难应对
5	我能区分哪些症状需要立即处理，哪些可以暂时观察
6	当一种缓解症状的方法不管用时，我会尝试其他方法
7	我有一套自己摸索出来的症状管理方法，且效果不错
8	身体不舒服时，我会尽量转移注意力，不让自己总想着症状
9	乏力和没胃口同时出现时，我知道该优先处理哪个
10	我尝试过很多缓解症状的方法，但不确定哪个真的有效
11	我会主动阅读关于化疗不良反应管理的资料
12	我更喜欢自己在手机上查找缓解症状的方法
13	我会使用手机App来记录和追踪我的症状变化
14	刚开始化疗时我不知道怎么应对，是多次经历后才慢慢学会的
15	化疗时会和病友交流症状管理经验，这对我有帮助
16	我会主动跟医生沟通我的症状，共同讨论症状管理方案
17	我不太愿意主动跟医生讲我的不舒服，因为说了也没用
18	医生给的建议(如多运动等)不符合我的实际情况，很难执行
19	我和医生之间有良好的信任关系，这让我更愿意报告症状
20	我的症状管理主要由家人代我向医生反映
21	家人的陪伴和支持，是我坚持症状管理的最大动力
22	面对化疗的不适，我主要是靠自己硬扛，不找别人帮忙
23	在应对化疗症状这件事上，我觉得只能靠自己，别人帮不了
24	家人会帮我实际处理一些症状
25	当我症状严重时，我知道可以向谁求助
26	症状管理顺其自然就好，不用太刻意
27	我相信命运的安排，症状轻重不是我能控制的
28	既然得了这个病，我就会积极学习如何管理各种症状
29	积极管理症状是我对抗疾病的一种方式
30	经历化疗让我更珍惜身体发出的信号，更关注自己的健康

2.3.2　因子2：积极掌控型　该因子共纳入6例患者(P2、P6、P8、P10、P11、P13)。最认同的陈述包括："积极管理症状是我对抗疾病的一种方式"(Z=2.04)、"既然得了这个病，我就会积极学习如何管理各种症状"(Z=1.83)、"我的症状管理主要由家人代我向医

生反映”(Z=1.30)、“乏力和没胃口同时出现时,我知道该优先处理哪个”(Z=1.28)。同时,该因子显著不认同“在应对化疗症状这件事上,我觉得只能靠自己,不找别人帮忙”(Z=-1.64)和“我有一套自己摸索出来的症状管理方法,且效果不错”(Z=-1.27)。该类型患者将症状管理视为对抗疾病的核心策略,积极学习相关知识,并具备区分症状优先级的决策能力。在行动层面,她们善于借助家庭支持系统优化管理效果,通过家人与医生建立有效沟通渠道,以获取更专业的指导。这种认知上主动掌控、行动上整合资源的模式,体现出以目标为导向的积极态度。

表 2 各因子特征值与方差贡献率

因子	特征值	方差贡献(%)	累计方差贡献率(%)	样本量(例)
1	3.46	25.00	25.00	4
2	2.95	21.00	46.00	6
3	2.14	15.00	61.00	4

表 3 Q 排序访谈对象人口学特征(n=14) 例

项目	例数	探索依赖型(n=4)	积极掌控型(n=6)	策略适应型(n=4)
年龄(岁)				
<50	3	1	1	1
50～<60	6	2	3	1
60～<70	3	1	1	1
≥70	2	0	1	1
文化程度				
初中及以下	5	2	1	2
高中及以上	9	2	5	2
婚姻状况				
已婚	12	3	6	3
离异	1	1	0	0
丧偶	1	0	0	1
职业状态				
退休	5	2	2	1
工人	7	2	3	2
农民	2	0	1	1
个人月收入(元)				
3 000～<5 000	3	1	1	1
5 000～10 000	7	2	4	1
>10 000	4	1	1	2
居住地				
城镇	11	3	5	3
农村	3	1	1	1
FIGO 分期				
Ⅰ期	1	0	1	0
Ⅱ期	5	2	2	1
Ⅲ期	6	2	2	2
Ⅳ期	2	0	1	1

2.3.3 因子 3:策略适应型 该因子共纳入 4 例患者(P3、P4、P9、P14)。最认同的陈述包括:“身体不舒服时,我会尽量转移注意力,不让自己总想着症状”(Z=2.06)、“乏力和没胃口同时出现时,我知道该优先处理哪个”(Z=1.93)、“我的症状管理主要由家人代我向医生反映”(Z=1.17)。同时,该因子显著不认同“积极管理症状是我对抗疾病的一种方式”(Z=-1.65)、“面对化疗的不适,我主要是靠自己硬扛,不找别人帮忙”(Z=-1.52)和“化疗后的疲乏不是休息能解决的,这让我很无力”(Z=-1.72)。该类型患者以转移注意力和灵活尝试为主要管理策略,能够区分症状处理的优先级。她们不认同硬扛方式,也不将积极管理等同于对抗疾病,而是更倾向于灵活、低心理负担的应对方式。此类患者会灵活运用多种策略管理症状。

3 讨论

3.1 识别卵巢癌化疗患者症状自我管理偏好的重要性 本研究采用 Q 方法提取出探索依赖型、积极掌控型和策略适应型 3 种症状自我管理偏好类型,表明卵巢癌化疗患者的症状自我管理偏好存在明显的类型差异。根据症状管理理论[11],个体的自我效能感、对管理策略的认知评价及症状管理策略的选择受到个体经验、社会支持及环境资源等多重因素的共同作用。三类患者的核心差异体现在症状认知方式、管理策略选择及社会支持利用模式:探索依赖型倾向于外部验证、寻求他人指导、借助家庭支持进行信息验证;积极掌控型依赖系统知识、自主规划执行、通过家庭支持进行协作沟通;策略适应型依赖个人体验、采用注意力转移等灵活应对、通过家人与医护间接沟通。这些差异本质上反映了患者在自我效能感、认知风格及社会资源利用路径上的个体分化。Q 方法通过排序过程中的认知权衡,使患者的深层信念结构得以显化,相较于传统大样本问卷仅能捕捉平均趋势的局限,能够识别小众但重要的偏好类型,为分型-匹配干预提供了分类基础,是推动肿瘤护理精准化的重要路径。

3.2 基于卵巢癌化疗患者症状管理偏好的精准干预

3.2.1 探索依赖型:强化信息支持,构建多元经验共享平台 探索依赖型患者 FIGO 分期以Ⅱ期和Ⅲ期为主,文化程度分布平均,婚姻状况以已婚为主。该类患者以经验积累和家庭支持为核心特征,在症状管理中表现出“边尝试、边调整”的探索模式。分析其原因:此类患者处于疾病进展期,其症状管理需求迫切;已婚状态使其更倾向于通过家庭支持获取健康信息;而文化程度较高者虽意识到管理的重要性,却对自身判断力缺乏信心,因而高度依赖外部信息指导行为。同时,该类患者将家人陪伴视为坚持管理的最大动力,这与我国癌症患者家庭照护模式的特点相符[12]。因此,临床干预应以强化信息支持为重点,医护人员可通过组织病友互助小组,促进患者间面对面交流,将个体经验转化为可借鉴的群体经验,增强症状管理信心[13]。同时,应加强家属健康教育,使其由情感支持者转变为信息支持者,协助患者筛选和验证管理方法。此外,针对该类患者倾向于被动接受的认知特点,干预中应以具体、可操作的行为建议为主,降低理解和执行门槛,提升其症状自我管理意愿。

3.2.2 积极掌控型:赋能自主决策,深化医患协作机制 积极掌控型患者以高中及以上文化程度为主,年龄集中于 50～<60 岁。该类患者将症状管理视为应

对疾病的重要方式，表现出较强的主动性、责任感和目标导向特征。分析其原因，文化程度较高者信息获取和规划能力更强，自我效能感更高，故更倾向主动管理；中年患者疾病应对经验丰富，社会资源储备充足，有助于形成系统化管理行为。此类型患者均为已婚状态，多数居住于城镇，稳定的家庭支持与相对便利的医疗资源可及性，为其主动学习症状管理知识、积极与医护沟通提供了重要保障。Avery 等[14]指出，癌症幸存者通过建立对疾病的控制感来维持生活常态，并减少疾病对自我认知的负面影响。这与 Dodd 等[11]提出的症状管理理论中症状评估－策略选择的核心环节相契合。此外，该类型患者能够主动与家属及医护人员进行沟通，体现出自主掌控与资源整合并存的特点，而非封闭式的自我管理[15]。基于上述特点，临床干预应重点赋能患者自主决策，深化医患协作机制。医护人员可充分利用其较高的参与意愿，鼓励其参与症状管理决策，共同制订个体化症状应对方案。同时，应建立患者－家属－医护三方沟通渠道，明确家人在信息传递中的角色定位，避免因沟通层级过多导致信息失真[16]。提供结构化、循证的症状管理教育资料，协助患者将积极意愿固化为持续的管理行为[17]；并建立定期反馈机制，动态评估管理效果、及时调整方案，以有效减轻症状负担。

3.2.3　策略适应型：优化心理调适路径，整合灵活干预资源策略　适应型患者的文化程度分布均衡（初中及以下 2 例，高中及以上 2 例），且以已婚和城镇居住者为主，提示基本的社会支持网络使其不必完全依赖被动应对；但家庭角色责任可能使其更倾向于选择心理成本较低、不影响日常功能的适应性策略。该类患者以注意力转移和灵活应对为主要策略，表现出良好的心理适应能力和现实应对能力。分析其原因，化疗经历丰富的患者在反复试错中形成了基于个人经验的管理策略；文化程度偏低者则更依赖亲身体验而非系统知识指导。其并不将症状管理视为对抗疾病的过程，而更倾向于将其理解为维持日常功能和生活质量的重要方式，这种认知有助于减少因病感强化带来的心理消耗，与相关研究结论[18]一致。压力－应对理论指出，以情绪为中心的应对策略虽非直接解决问题，但能有效调节情绪反应，在短期内缓解压力情境带来的心理冲击[19]。该类患者不倾向于采用耐受性应对方式，而更善于通过注意力转移、寻求他人帮助等灵活策略缓解症状困扰，表明其具有较强的求助意识和现实适应性。相关记忆与注意力适应训练及正念干预等认知行为技术可用于减轻化疗相关的认知困扰和情绪负担[20]。针对此类患者，临床干预应重点优化患者的心理调适路径，并整合多元化支持资源。医护人员可借助正念减压、放松训练等心理调适技术，帮助患者建立系统化的情绪调节和症状应对策略[21]。同时，鉴于该类型患者愿意通过家人与医生沟通的特点，应加强家属的症状识别和反馈能力培训，确保患者的需求能够及时、准确地传达至医护团队。

4　结论

症状自我管理是卵巢癌化疗患者全程照护的核心环节，其有效性取决于干预策略与患者主观偏好的匹配程度。Q 方法从患者主观视角出发，系统识别出卵巢癌化疗患者症状自我管理的 3 种偏好类型，即探索依赖型、积极掌控型和策略适应型，验证了其在肿瘤护理主观性研究中的适用性。3 种类型患者在症状认知、管理策略及社会支持利用上呈现显著差异，提示需根据患者症状自我管理偏好进行精准匹配。临床医护人员在对患者进行症状自我管理干预时，应注意甄别患者的自我管理偏好类型，根据不同类型给予个性化支持，帮助患者做出符合其价值观的高质量自我管理决策。本研究为单中心、目的抽样，代表性有限；其次，仅探讨了患者的观点，未纳入患者家属及医务人员的观点。今后应在多中心、大样本的卵巢癌化疗人群中进一步探讨不同自我管理偏好类型的分布特征，纳入家属及医护人员的多元视角，探索偏好类型与化疗周期、症状严重程度的动态关联，以构建更具针对性的症状管理支持体系。

参考文献：

[1] Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA Cancer J Clin, 2024, 74(3): 229-263.

[2] 陈小军，陈小祥，高庆蕾，等. 卵巢癌早期筛查中国专家共识（2025 年版）[J]. 中国实用妇科与产科杂志，2025，41(2)：204-211.

[3] 汤梓莹，邓明港，宇传华，等. 中国卵巢癌疾病负担现状及趋势分析[J]. 国际妇产科学杂志，2022，49(2)：222-227.

[4] Chapman E J, Paley C A, Pini S, et al. Updating a conceptual model of effective symptom management in palliative care to include patient and carer perspective: a qualitative study[J]. BMC Palliat Care, 2024, 23(1): 208.

[5] 龙洁，刘高明，刘湘，等. 头颈部淋巴水肿患者自我管理的研究进展[J]. 护理学杂志，2026，41(6)：112-117.

[6] 徐渴，杨柳，邓秀敏，等. 基于症状管理理论模型的卵巢癌术后化疗患者症状体验及应对的质性研究[J]. 中华全科医学，2026，24(2)：325-329.

[7] Akhtar-Danesh N, Baumann A, Cordingley L. Q-methodology in nursing research: a promising method for the study of subjectivity[J]. West J Nurs Res, 2008, 30(6): 759-773.

[8] Sist L, Pezzolati M, Ugenti N V, et al. Prioritization patterns of nurses in the management of a patient with delirium: results of a Q-methodology study[J]. Res Nurs Health, 2025, 48(2): 257-270.

（下转第 66 页）

sis in the UK millennium cohort[J]. Pediatr Pulm,2019,54(7):962-969.
[10] Kornblit A, Cain A, Bauman L J, et al. Barriers to physical activity in urban school children with asthma: parental perspective[J]. Acad Pediatr,2018,18(3):310-316.
[11] Keyworth C, Epton T, Goldthorpe J, et al. Acceptability, reliability, and validity of a brief measure of capabilities, opportunities, and motivations ("COM-B")[J]. Br J Health Psychol,2020,25(3):474-501.
[12] 谢钰莹,郭丽娜,郭园丽,等. COM-B 模型在慢性病患者健康行为中的应用进展及启示[J]. 中国慢性病预防与控制,2024,32(11):871-876.
[13] Bateman E D, Hurd S S, Barnes P J, et al. Global strategy for asthma management and prevention:GINA executive summary[J]. Eur Respir J,2007,31(1):143-178.
[14] 陈睿,朱大乔,张杰玉,等. 内容分析法的关键步骤及在护理领域的应用展望[J]. 护理学杂志,2025,40(12):125-129.
[15] Timlin D, McCormack J M, Simpson E E. Using the COM-B model to identify barriers and facilitators towards adoption of a diet associated with cognitive function (MIND diet)[J]. Public Health Nutr,2020,24(7):1657-1670.
[16] Cheung A T, Li W H C, Ho L L K, et al. Physical activity for pediatric cancer survivors:a systematic review of randomized controlled trials[J]. J Cancer Surviv,2021,15(6):876-889.
[17] Nyenhuis S, Shah N, Ma J, et al. Identifying barriers to physical activity among African American women with asthma[J]. Cogent Med,2019,6(1):1582399.
[18] Michel G, Mulder R L, van der Pal H J H, et al. Evidence-based recommendations for the organization of long-term follow-up care for childhood and adolescent cancer survivors: a report from the PanCareSurFup Guidelines Working Group[J]. J Cancer Surviv,2019,13(5):759-772.
[19] Maulood K B, Khan M, Sulaiman S A S, et al. Assessing the impact of health education intervention on asthma knowledge, attitudes, and practices:a cross-sectional study in Erbil, Iraq[J]. Healthcare,2023,11(13):1886.
[20] 顾培洁,徐威,胡晓冬. 高仿真情景模拟教学在支气管哮喘急性加重期治疗中的教学价值[J]. 中国继续医学教育,2024,16(5):49-53.
[21] 尹悦,蔡倩,罗雯,等. 学龄期肥胖哮喘患儿及其父母运动恐惧体验的质性研究[J]. 中华护理杂志,2022,57(24):3011-3016.
[22] Kindi Z A, McCabe C, Cann M M. School nurses' available education to manage children with asthma at schools:a scoping review[J]. J Pediatr Nurs,2021,60:46-57.
[23] Hoffman A S, Volk R J, Saarimaki A, et al. Delivering patient decision aids on the Internet: definitions, theories, current evidence, and emerging research areas[J]. BMC Med Inform Decis Mak,2013,13(Suppl 2):S13.
[24] Pacheco S E, Guidos-Fogelbach G, Annesi-Maesano I, et al. Climate change and global issues in allergy and immunology[J]. J Allergy Clin Immun,2021,148(6):1366-1377.
[25] 杨蕾蕾,王玉美,冷丽娜,等. 同伴支持小组模式干预对肝门部胆管癌手术患者术后康复及预后的影响[J]. 空军航空医学,2025,42(1):92-96.
[26] Michie S, van Stralen M M, West R. The behaviour change wheel:a new method for characterising and designing behaviour change interventions[J]. Implement Sci,2011,6:42.
[27] Lin G Q, Ye Z Q, Song E L, et al. Enhancing pediatric asthma management through multifaceted health education[J]. World J Clin Cases,2024,12(19):3708.

(本文编辑　李春华)

(上接第 50 页)

[9] Amin Z. Q methodology:a journey into the subjectivity of human mind[J]. Singapore Med J,2000,41(8):410-414.
[10] Banasick S. KADE:a desktop application for Q methodology[J]. J Open Source Software,2019,4(36):1360.
[11] Dodd M, Janson S, Facione N, et al. Advancing the science of symptom management[J]. J Adv Nurs,2001,33(5):668-676.
[12] 刘雪,陈凤仪,郭薇,等. 二元视角下晚期癌症患者和家庭照顾者灵性应对体验的质性研究[J]. 护理学杂志,2023,38(19):91-95.
[13] 马巧平,谢玲女. 癌症患者社会融合的研究进展[J]. 护理学杂志,2025,40(6):114-119.
[14] Avery J, Thomas R, Howell D, et al. Empowering cancer survivors in managing their own health:a paradoxical dynamic process of taking and letting go of control[J]. Qual Health Res,2023,33(5):412-425.
[15] Tamirisa N P, Goodwin J S, Kandalam A, et al. Patient and physician views of shared decision making in cancer[J]. Health Expectat,2017,20(6):1248-1253.
[16] 孙丽,黄家丽,朱小明,等. 以家庭为中心的照护在癌症患者中的研究现状[J]. 医学与哲学,2024,45(8):78-81.
[17] 邵丽颖,方晓明,王丹宁,等. 乳腺癌患者化疗期体力活动变化轨迹及影响因素分析[J]. 护理学杂志,2025,40(1):36-40.
[18] He Y, Zhao W, Duan A, et al. "Only to reconcile with it". The coping experience amongst middle-aged and older cancer survivors:a qualitative study[J]. Health Expect,2024,27(2):e14048.
[19] Stanisawski K. The coping circumplex model:an integrative model of the structure of coping with stress[J]. Front Psychol,2019,10:694.
[20] Ferguson R J, Sigmon S T, Pritchard A J, et al. A randomized trial of videoconference-delivered cognitive behavioral therapy for survivors of breast cancer with self-reported cognitive dysfunction[J]. Cancer, 2016, 122(11):1782-1791.
[21] Shi L, Xin S, Li D N, et al. The effects of mindfulness training on emotion and sleep quality in patients with colorectal cancer[J]. Sci Rep,2025,15(1):43064.

(本文编辑　李春华)