

论著·临床研究

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2023.21.009

网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1097.R.20231013.1431.004\(2023-10-13\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1097.R.20231013.1431.004(2023-10-13))

患者参与患者安全理论在艾滋病相关淋巴瘤化疗患者自我管理中的应用研究*

刘婷婷,徐禄香,蒋翠婷,吕静,罗琴,胡人之,刘俊,刘耀[△]

(重庆大学附属肿瘤医院血液肿瘤中心,重庆 400030)

[摘要] **目的** 探讨基于患者参与患者安全理论的干预策略对艾滋病相关淋巴瘤(ARL)化疗患者自我管理的影响。**方法** 采用方便抽样法选取 2012 年 8 月至 2022 年 5 月于某三甲医院收治的 148 例 ARL 化疗患者为研究对象。按入院先后顺序分为对照组和观察组,每组 74 例。对照组采用常规化疗护理,观察组在此护理基础上给予基于患者参与患者安全理论指导的自我管理策略。采用 HIV 感染者/AIDS 患者自我管理量表(HIVSMS)、世界卫生组织艾滋病患者生存质量量表简表(WHOOL-HIV-BREF)、Herth 希望量表(HHI)评估干预效果。**结果** 干预前,两组 HIVSMS、WHOOL-HIV-BREF、HHI 总分及各维度评分比较差异无统计学意义($P>0.05$)。干预后,观察组 HIVSMS、WHOOL-HIV-BREF、HHI 总分及各维度评分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 基于患者参与患者安全理论的干预策略可有效提高 ARL 化疗患者的自我管理能力和提升生存质量及希望程度。

[关键词] 艾滋病相关淋巴瘤;患者参与患者安全;化疗;自我管理**[中图分类号]** R473.73 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1671-8348(2023)21-3253-06

Application of patient safety theory with patient participation in self-management of patients with AIDS related lymphoma undergoing chemotherapy*

LIU Tingting, XU Luxiang, JIANG Cuiting, LYU Jing, LUO Qin, HU Renzhi, LIU Jun, LIU Yao[△]

(Hematologic Tumor Center, Affiliated Tumor Hospital of Chongqing

University, Chongqing 400030, China)

[Abstract] **Objective** To investigate the effect of the intervention strategy of the patient safety theory with patient participation in the self-management of the patients with AIDS related lymphoma (ARL) undergoing chemotherapy. **Methods** A total of 148 patients with ARL undergoing chemotherapy admitted and treated in a tertiary hospital from August 2012 to May 2022 were selected by the convenience sampling method as the research subjects and divided into the control group and control group according to the admission order, 74 cases in each group. The control group was given the routine chemotherapy nursing, and the intervention group was given self-management strategies based on the guidance of patient safety theory with the patient participation on the basis of routine nursing. The HIV Infectors/HIV Self-management Scale (HIVSMS), the World Health Organization AIDS Quality of Life Short Form (WHOOL-HIV-BREF), and the Herth Hope Inventory (HHI) were used to evaluate the intervention effects. **Results** Before the intervention, there were no statistically significant differences in the HIVSMS, WHOOL-HIV-BREF, HHI scores and the scores of each dimension between the two groups ($P>0.05$). After intervention, the total score of HIVSMS, WHOOL-HIV-BREF and HHI and the scores of each dimension in the observation group were higher than those in the control group, and the differences were statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** The intervention strategies based on the patient safety theory with the patient participation could effectively increase the self-management ability of the patients with ARL undergoing chemotherapy, improve their survival quality of life and hope degree.

* 基金项目:国家自然科学基金面上项目(81670100);重庆市医药生物技术协会科研育苗项目(cmba2022kyym-zkxmH0008);重庆市沙坪坝区决策咨询与管理创新项目(jcd202259)。作者简介:刘婷婷(1988-),主管护师,学士,主要从事血液肿瘤护理临床研究。△ 通信作者, E-mail:liuyao77@cqu.edu.cn。

[Key words] AIDS related lymphoma; patient participation in patient safety; chemotherapy; self-management

艾滋病相关淋巴瘤(AIDS related lymphoma, ARL)是常见的 AIDS 相关恶性肿瘤之一,多见于病程晚期,此阶段患者常并发免疫缺陷且骨髓储备差^[1-2],行高活性抗逆转录病毒治疗(highly active antiretroviral therapy, HAART)联合化疗可有效减少化疗后 AIDS 相关性机会性感染,2 年生存率可达 60%^[3-4]。由于 ARL 病程长并且需要终身服药,HIV 感染者/AIDS 患者成了自身疾病管理的主要承担者^[5]。临床实践发现,ARL 患者需注意抗病毒药物及化疗药物之间的相互作用,患者接受 HAART 后对放疗化疗的耐受性通常较差^[6],常会出现消化道不适等症状;良好的自我管理可以提高 AIDS 患者治疗的依从性,促进生理、心理健康,减少不良健康结局的发生,提高患者生活质量^[7]。参与患者安全是指通过合理、有效的行动让接受正规治疗且具有独立决策能力的患者达到促进自身安全的过程^[8],主要涵盖决策性参与、照护性参与、诉求性参与 3 种参与方式^[9],可有效促进患者住院期间自我管理效能、角色功能适应及提高患者用药安全^[10]。研究表明,我国绝大多数患者参与意向较高,但实际参与行为较少^[11]。鉴于此,本研究探索基于患者参与患者安全理论的干预策略对 ARL 化疗患者自我管理的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2012 年 8 月至 2022 年 5 月于某三甲医院收治的 148 例 ARL 化疗患者为研究对象,其中男 124 例,女 24 例。纳入标准:(1)符合《艾滋病诊疗指南 2018 版》^[12]及《HIV/AIDS 诊断标准及处理原则》^[13]的标准;(2)经病理学检查明确为非霍奇金淋巴瘤(non-hodgkin lymphoma, NHL);(3)接受规律抗病毒联合化疗。排除标准:(1)原发性淋巴瘤;(2)合并严重多器官功能障碍;(3)合并其他肿瘤。按照入院先后顺序分为对照组和观察组,每组 74 例。两组患者一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性,见表 1。本研究符合《赫尔辛基宣言》要求,经医院伦理委员会审批(CZLS2021069-A),所有研究对象签署知情同意书。

1.2 方法

1.2.1 干预小组构建

由科主任牵头组建患者安全管理团队,团队成员包括医生、护士、患者管理员。护士长负责组织制订患者参与管理方案,并对科室护士开展培训及监督,

确保干预效果的一致性;护士负责干预方案同步实施;医生负责对患者治疗方案的调整及风险把控,患者管理员负责资料收集。

表 1 两组患者一般资料比较

项目	对照组 (n=74)	观察组 (n=74)	χ^2/t	P
性别[n(%)]			3.183	0.074
男	66(89.2)	58(78.4)		
女	8(10.8)	16(21.6)		
年龄($\bar{x} \pm s$, 岁)	47.96 ± 14.94	51.27 ± 13.92	2.079	0.152
病程			4.108	0.128
1~<3 年	42(56.8)	51(68.9)		
3~4 年	6(8.1)	8(10.8)		
>4 年	26(35.1)	15(20.3)		
BMI($\bar{x} \pm s$, kg/m ²)	19.02 ± 2.48	18.20 ± 2.18	-1.650	0.101
化疗周期($\bar{x} \pm s$, 个)	4.75 ± 2.83	4.65 ± 2.45	-0.356	0.538
Ann Arbor 分期[n(%)]			1.276	0.735
I	6(8.1)	10(13.5)		
II	11(14.9)	12(16.2)		
III	20(27.0)	18(24.3)		
IV	37(50.0)	34(45.9)		
病理类型[n(%)]			1.254	0.740
DLBCL	31(41.9)	25(33.8)		
BL	11(14.9)	13(17.6)		
PBL	16(21.6)	20(27.0)		
未分型 NHL	16(21.6)	16(21.6)		
IPI 分层[n(%)]			0.546	0.909
低危	11(14.8)	12(16.2)		
中低危	23(31.1)	20(27.0)		
中高危	25(33.8)	24(32.4)		
高危	15(20.3)	18(24.3)		

DLBCL:弥漫大 B 细胞淋巴瘤;BL:伯基特淋巴瘤;PBL:浆母细胞性淋巴瘤;IPI:国际预后指数。

1.2.2 对照组

患者接受常规药物治疗及护理,药物治疗主要包括 HAART 及标准剂量化疗方案,抗病毒治疗主要是以核苷类和整合酶抑制剂为基础的方案,化疗方案则根据不同病理类型选择相应的化疗药物。治疗期间向患者及家属强调坚持用药的重要性,宣教药物不良反应及基本处理措施,指导患者定期检验血象变化;除此之外,发放科室自制的《AIDS 症状管理小手册》及《化疗相关症状处理小手册》,向患者宣教如何观察

处理与 AIDS 及化疗相关的症状,了解患者心理情况并开展健康教育。

1.2.3 观察组

在对照组的基础上,观察组给予基于患者参与患者安全理论指导的干预方案,主要包括平台构建、决策性参与、照护性参与、诉求性参与。(1)平台构建:搭建“患者自我管理”信息平台,平台内容包括检验结果查询、随访预约、药物方案变更、药物不良反应查询及症状管理等功能,检验结果查询支持患者了解其血象指标变化,随访预约可提供门诊随访预约服务及预约提醒服务,药物方案变更有助于了解患者用药情况,药物不良反应查询及症状管理为患者提供参考;基于前期标准,由研究者面对面访谈患者及家属,评估其参与意愿,收集患者基本信息,并建立患者档案。(2)决策性参与:主要涉及疾病进展、HAART 及标准剂量化疗方案调整;于门诊随访时,由主治医师向患者讲解 ARL 的发病机制及发展,结合患者的病理、化验结果呈现其目前的疾病阶段,并给出诊疗计划;在 HAART 用药方面,指导患者了解蛋白酶抑制剂、非核苷类抗反转录药物与某些化疗药物的相互作用,分析当前采用的联合治疗方案可能存在的风险及药物不良反应^[14];根据患者的病理类型及血象结果,调整药物方案或剂量,提供不同联合用药方案,并详细说明抗病毒药物及化疗药物的具体使用原则、方法、效果及不良反应,鼓励患者参与决策,结合医生提供的多维信息协商决定用药方案,最大化提高患者的用药依从性。(3)照护性参与:主要涉及药物不良反应及症状管理;确定用药方案后,责任护士向患者推送相应药物不良反应的表现及管理措施,在住院化疗期间,指导患者及家属主动观察化疗相关症状如穿刺点红肿、恶心呕吐、皮肤症状等有无出现或加重,每日化疗结束后记录当日自身情况、进食情况、情绪状况;化疗结束后,鼓励患者每日记录抗病毒药服用情况,反馈 AIDS 相关症状如疲乏、失眠、疼痛、腹泻、口腔黏膜损害等有无加重。(4)诉求性参与:鼓励患者通过信息平台、电话或意见箱等方式向责任护士报告其需

求,如信息获取、心理疏导等,责任护士根据其需求给予针对性支持。整个干预方案贯穿 2 个化疗周期,从患者门诊随访接受第 1 轮化疗开始至第 3 轮化疗门诊随访时结束。

1.2.4 评价方法

患者入组后及干预完成后,发放 HIV 感染者/AIDS 患者自我管理量表(the HIV self-management scale, HIVSMS)、Herth 希望量表(herth hope index, HHI)及世界卫生组织艾滋病患者生存质量量表简表(the World Health Organization quality for HIV brief version, WHOOL-HIV-BREF),由两名研究人员经培训后统一发放,患者自行填写或由研究者询问填写。HIVSMS 由伍春艳等^[15]于 2016 年编制,包括 7 个维度 49 个条目,采用 Likert5 级评分法,总分 49~245 分,得分越高,表明 AIDS 患者自我管理能力强,量表总 Cronbach's α 系数为 0.853,重测信度为 0.8,信效度好。HHI 由赵海平等^[16]引入,共 3 个维度 12 个条目,采用 Likert4 级评分法,总分 12~48 分,得分越高,患者希望水平越高,重测信度为 0.92, Cronbach's α 系数为 0.87,其结构校度为 0.85。WHOOL-HIV-BREF^[17]共 31 个条目,包括生理、心理、独立性、社会关系、环境、精神支柱/个人信仰 6 个领域,采用 Likert5 级评分法,总分 24~120 分,得分越高,患者生存质量越高,重测相关系数为 0.722。

1.3 统计学处理

采用 SPSS25.0 软件进行统计学分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,比较采用 t 检验;计数资料以例数或百分比表示,比较采用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha = 0.05$,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者 HIVSMS 评分比较

干预前两组患者 HIVSMS 总分及各维度评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。干预后两组 HIVSMS 总分及各维度评分均升高,观察组高于对照组($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组患者干预前后自我管理能力的比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	日常生活管理	生活行为规范	疾病知识管理	症状管理	治疗依从性管理	情绪认知管理	寻求社会支持和帮助	总分
干预前									
观察组	74	24.58±3.40	17.95±2.60	10.50±2.44	28.63±5.27	25.90±3.46	15.18±3.40	29.35±4.68	152.09±3.61
对照组	74	23.65±3.53	18.55±2.56	10.73±1.69	29.73±5.16	26.15±3.36	15.28±3.88	29.28±4.87	153.37±3.58
<i>t</i>		1.195	-1.039	-0.479	-0.943	-0.328	-0.122	0.070	-0.841
<i>P</i>		0.236	0.302	0.633	0.348	0.744	0.903	0.944	0.421

续表 2 两组患者干预前后自我管理能力的比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	日常生活管理	生活行为规范	疾病知识管理	症状管理	治疗依从性管理	情绪认知管理	寻求社会支持和帮助	总分
干预后									
观察组	74	28.95±3.86	24.40±2.34	15.55±2.55	36.53±5.01	32.05±3.67	22.55±3.38	34.28±4.54	194.31±4.54
对照组	74	24.88±3.56	18.55±2.16	11.63±2.56	31.70±4.94	26.23±3.44	15.58±3.49	29.10±4.72	157.67±3.55
<i>t</i>		4.911	11.618	6.870	4.337	7.324	9.074	5.002	19.286
<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 两组患者干预前后 HHI 评分比较

干预前,两组患者 HHI 总分及各维度评分比较差异无统计学意义($P>0.05$)。干预后,观察组 HHI 总分及各维度评分较对照组更高($P<0.05$),见表 3。

2.3 两组患者干预前后 WHOOL-HIV-BREF 评分

比较

干预前,两组患者 WHOOL-HIV-BREF 总分及各维度评分比较差异无统计学意义($P>0.05$)。干预后,两组 WHOOL-HIV-BREF 总分及各维度评分均升高,观察组高于对照组($P<0.05$),见表 4。

表 3 两组患者干预前后希望水平比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	现实和未来的积极态度	采取积极的行动	与他人保持亲密的关系	总分
干预前					
观察组	74	8.78±2.72	9.43±2.79	9.80±2.65	28.00±4.37
对照组	74	9.10±3.06	10.25±3.15	10.03±2.02	29.38±5.46
<i>t</i>		-0.502	-1.239	-0.427	-1.243
<i>P</i>		0.617	0.219	0.671	0.218
干预后					
观察组	74	12.73±2.76	12.98±3.13	13.23±2.67	38.93±4.85
对照组	74	8.60±3.25	9.43±2.29	9.70±2.70	27.73±4.04
<i>t</i>		6.116	5.788	5.876	11.226
<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

表 4 两组患者干预前后生活质量比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	生理	心理	独立性	社会关系	环境	精神支柱/ 个人信仰	总分
干预前								
观察组	74	9.55±2.06	10.95±2.02	10.43±1.77	10.50±1.74	11.98±0.89	11.18±1.99	64.58±4.94
对照组	74	10.28±1.80	10.80±1.57	10.63±1.48	10.85±1.76	11.90±0.84	11.35±1.48	65.80±3.55
<i>t</i>		-1.676	0.370	-0.549	-0.894	0.387	-0.447	-1.273
<i>P</i>		0.098	0.712	0.585	0.374	0.700	0.656	0.207
干预后								
观察组	74	14.45±1.93	14.28±2.11	15.05±1.83	14.65±1.59	14.73±2.16	14.20±1.84	87.35±4.41
对照组	74	10.95±2.26	12.28±1.81	12.18±2.10	12.05±1.93	13.03±0.97	11.90±2.00	72.38±4.80
<i>t</i>		7.434	4.546	6.538	6.561	4.538	5.353	14.524
<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

3 讨论

ARL 患者当前多采用 HAART 联合化疗,相关证据表明^[18],HAART 联合 EPOCH(依托泊苷、泼尼

松龙、表柔比星、长春新碱、环磷酰胺)方案的完全缓解率为 62%,5 年生存率可达到 51%,预后与非 HIV 感染者相似^[19]。然而,仅有部分抗反转录病毒药物在

化疗时可安全使用^[14],考虑到淋巴瘤的病理类型、血象动态变化,ARL 患者的用药方案常有调整,高水平的自我管理能力和有效改善预后。本研究借助信息平台,开展基于患者参与患者安全理论的干预方案,贯穿整个治疗疗程,从决策性、照护性、诉求性参与出发,在全面了解疾病进展、用药方案及症状管理相关信息的基础上,极大提高患者的参与治疗度,以达到促进患者自我管理进程,提高自我管理能力的目的。

本研究发现,观察组 HIVSMS 总分及各维度评分高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),提示基于患者参与患者安全理论的干预策略可提高 ARL 患者的自我管理能力和自我管理信息平台的协助。在干预方案中,自我管理信息平台协助 ARL 患者每日主动反馈上传自身情况、进食情况等,从侧面提醒患者注意日常生活管理及生活行为规范,提升自我管理能力;通过增设决策性参与环节,由主治医师用通俗易懂的语言协助患者短期内迅速、全面了解疾病发展机制及治疗方案,获取决策所需信息,从而扩展疾病知识管理层;在症状管理和治疗依从性管理方面,本研究设立照护性参与环节,鼓励患者通过信息平台主动反馈其服药现况及不良反应,实现其对症状的主动观察与报告,获得自我照顾性支持,强化患者的主动自我照顾意识和行为。研究表明,由于缺乏足够的医学信息,患者盲目主动参与安全过程易引发不满足感和不良情绪^[9]。本研究为 ARL 患者提供全面有效的疾病进展信息及个体化的诊疗方案,进一步促进患者对 ARL 的认识,强化其对自身机体健康的认知,从而转变其注意力,避免焦虑、紧张等不良情绪发生,另外,诉求性参与为患者提供了情绪发泄的渠道及缓解技巧,提高了患者对情绪的掌控能力及情绪认知管理能力;同时诉求性参与为患者提供解决方案,协助患者获取外部资源,扩展患者思维,提高患者的寻求社会支持和帮助能力。

本研究显示,干预后观察组 HHI 总分及各维度评分较对照组更高,差异有统计学意义($P < 0.05$),表明基于患者参与患者安全理论的干预策略可提高 ARL 患者的希望水平,ARL 患者在现实和未来的积极态度、采取积极的行动及与他人保持亲密的关系都有所提高。目前 ARL 仍是 AIDS 患者的主要死亡原因之一^[14,20],由于长期服用抗逆转录病毒药物以延长生存期限,AIDS 患者常并发多种不良反应,心理痛苦程度高,且 AIDS 患者常伴严重病耻感^[21],对生活希望渺茫。对 ARL 患者而言,基于患者参与患者安全理论的干预策略为其提供了合适的互动参与方式,提高患者的责任感和参与感,促使患者转变为积极的自护行为;同时,信息平台结合《AIDS 症状管理小手册》

及《化疗相关症状处理小手册》为患者提供疾病、健康的相关信息,转变其注意力,促使患者自身身心获益,从而缓解其悲观心理。另外,本研究发现,基于患者参与患者安全理论的干预策略可提高 ARL 患者的生活质量,其生理、心理、独立性、社会关系、环境、精神支柱/个人信仰水平有所升高($P < 0.05$)。作为一种长期、不可逆的慢性疾病,如何提高 ARL 患者的生活质量已成为临床医护人员重点关注的问题,相关研究已证实自我管理能力和自我管理信息平台的正向影响因子^[22-23]。临床医护人员应考虑将患者参与患者安全理论融入 ARL 患者的日常护理中,最大化实现 ARL 患者的有效管理。

本研究基于患者参与患者安全理论构建的干预策略借助“ARL 患者自我管理”信息平台,从决策性参与、照护性参与、诉求性参与 3 个角度出发,有效提高了 ARL 患者的自我管理能力和自我管理信息平台的协助,提升了希望水平,促使积极自护行为转变,提高了患者的生活质量。受时限影响,本研究并未观察 ARL 患者干预后的自我管理能力和自我管理信息平台的协助变化轨迹,将来宜扩大研究样本、延长观察时间,为实现 ARL 患者的精准管理提供参考。

参考文献

- [1] YANCHEVA N, STRASHIMIROV D, HRISCHEV V, et al. Three cases of non-Hodgkin's lymphoma in HIV-infected Bulgarian patients [J]. Infez Med, 2018, 26(2): 155-159.
- [2] LUPO J, GERMI R, LANCAR R, et al. Prospective evaluation of blood Epstein-Barr virus DNA load and antibody profile in HIV-related non-Hodgkin lymphomas [J]. AIDS, 2021, 35(6): 861-868.
- [3] SHEN Y, ZHANG R, LIU L, et al. Clinical and prognostic analysis of 78 patients with human immunodeficiency virus associated non-Hodgkin's lymphoma in Chinese population [J]. Infect Agent Cancer, 2017, 12: 7.
- [4] NOY A. Optimizing treatment of HIV-associated lymphoma [J]. Blood, 2019, 134(17): 1385-1394.
- [5] 罗京. 艾滋病相关淋巴瘤患者营养状态预后价值及支持方案的研究[D]. 昆明: 昆明医科大学, 2020.
- [6] 李玉枝, 唐漾波. 抗原非特异性免疫治疗 HIV/AIDS 疾病的研究进展 [J]. 广东医学, 2015, 36

- (18):2924-2928.
- [7] WANG H, CHEN A C, WAN S, et al. Status and associated factors of self-management in people living with HIV/AIDS in Liangshan area, China: a cross-sectional study [J]. *Patient Prefer Adherence*, 2019, 13:863-870.
- [8] 王冰寒, 颜巧元, 刘义兰, 等. 患者参与用药安全的研究进展 [J]. *中国护理管理*, 2018, 18(6): 817-821.
- [9] 叶旭春, 刘朝杰, 刘晓虹. 基于扎根理论的互动式患者参与患者安全理论框架构建的研究 [J]. *中华护理杂志*, 2014, 49(6):645-649.
- [10] WANG Y, LIU Q, HE L, et al. Classification of the appropriate behaviors of Patients for Patient Safety against the Chinese cultural background, based on grounded theory [J]. *Int J Occup Med Environ Health*, 2020, 33(3):263-272.
- [11] BAHADORI M, TEYMOURZADEH E, RAVANGARD R, et al. Accreditation effects on health service quality: nurse viewpoints [J]. *Int J Health Care Qual Assur*, 2018, 31(7):697-703.
- [12] 李太生, 王福生, 高福. 中国艾滋病诊疗指南 (2018 版) [J]. *中华临床感染病杂志*, 2018, 11(6):411-432.
- [13] 国家技术监督局. HIV/AIDS 诊断标准及处理原则 [J]. *中国性病艾滋病防治*, 1998, 4(2): 85-87.
- [14] 张仁芳, 沈杨, 卢洪洲, 等. AIDS 相关性淋巴瘤诊治专家共识 [J]. *中国艾滋病性病*, 2017, 23(8):678-682.
- [15] 伍春艳, 刘媛航, 曾志励, 等. HIV 感染者/AIDS 患者自我管理量表的编制 [J]. *护理学杂志*, 2016, 31(1):35-38.
- [16] 赵海平, 王健. 血液透析患者的社会支持和希望 [J]. *中华护理杂志*, 2000, 35(5):306-308.
- [17] 罗鑫, 雷秀兵, 田黎, 等. 世界卫生组织艾滋病生存质量简表中文版应用于 HIV/AIDS 患者的信度和效度评价 [J]. *传染病信息*, 2014, 27(5): 289-291.
- [18] SUN J J, LIU L, WANG J R, et al. Clinical outcomes of people living with human immunodeficiency virus (HIV) with diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) in Shanghai, China [J]. *Chin Med J (Engl)*, 2020, 133(23):2796-2802.
- [19] WU J, MIAO Y, QIAN C, et al. Clinical characteristics and outcomes in HIV-associated diffuse large B-cell lymphoma in China: a retrospective single-center study [J]. *J Cancer*, 2021, 12(10):2903-2911.
- [20] SIMARD E P, ENGELS E A. Cancer as a cause of death among people with AIDS in the United States [J]. *Clin Infect Dis*, 2010, 51(8):957-962.
- [21] WEI L, YAN H, GUO M, et al. Perceived HIV stigma, depressive symptoms, self-esteem, and suicidal ideation among people living with HIV/AIDS in China: a moderated mediation modeling analysis [J]. *J Racial Ethn Health Disparities*, 2023, 10(2):671-679.
- [22] ZHANG P, GAO J, WANG Y, et al. Effect of chronic disease self-management program on the quality of life of HIV-infected men who have sex with men: an empirical study in Shanghai, China [J]. *Int J Health Plann Manage*, 2019, 34(3):1055-1064.
- [23] ZUÑIGA J A, SALES A, JANG D E, et al. Self-management model fails to predict quality of life for people living with dual diagnosis of HIV and diabetes [J]. *AIDS Behav*, 2022, 26(2):488-495.

(收稿日期:2023-02-18 修回日期:2023-07-12)

(编辑:唐 璞)