

相关行为调查[J]. 中国卫生事业管理, 2016, 33(2): 141-144.

[13] Nakashima T, Katayama N, Saji N, et al. Dietary habits and medical examination findings in Japanese adults middle-aged or older who live alone[J]. Nutrition, 2021, 89(9): 1112-1168.

[14] 刘文俐, 蔡太生. 不同体重青少年饮食行为、身体活动状况[J]. 中国健康心理学杂志, 2017, 25(03): 390-394.

[15] Hill M L, Masuda A, Latzman R D. Body image flexibility as a protective factor against disordered eating behavior for women with lower body mass index[J]. Eat Behav, 2013, 14(3): 336-341.

[16] 高慧. 预防“三高”, 选择绿色健康的主食[J]. 北京纪事, 2014(5): 75-76.

[17] 王钰, 徐林燕, 周英, 等. 企业中青年急性心脑血管事件高危人群健康促进生活方式及影响因素研究[J]. 护理学杂志, 2021, 36(8): 84-86.

[18] Francis L A, Birch L L. Maternal influences on daughters' restrained eating behavior [J]. Health Psychol, 2005, 24(6): 548-554.

[19] 张微竹, 何凤, 付莉, 等. 胆结石发生的膳食危险因素分析[J]. 川北医学院学报, 2020, 35(4): 668-671.

[20] 周纪宁, 穆晓春, 卫国, 等. 湖北省鄂州市 6006 例城乡居民健康体检结果分析[J]. 护理学杂志, 2020, 35(17): 90-108.

[21] 王苑, 许洪伟. 我国胆石症危险因素的 Meta 分析[J]. 中华肝胆外科杂志, 2016, 22(6): 386-390.

[22] Kiani Q, Farooqui F, Khan M S, et al. Association of body mass index and diet with symptomatic gall stone disease: a case-control study[J]. Cureus, 2020, 12(3): 1-8.

[23] Lee E J, Kim M H, Kim Y R, et al. Proteasome inhibition protects against diet-induced gallstone formation through modulation of cholesterol and bile acid homeostasis[J]. Int J Mol Med, 2018, 41(3): 1715-1723.

[24] Wirth J, Joshi A D, Song M, et al. A healthy lifestyle pattern and the risk of symptomatic gallstone disease: results from 2 prospective cohort studies[J]. Am J Clin Nutr, 2020, 112(3): 586-594.

[25] 宋森涛, 曾欣, 谢渭芬. 胆囊结石发病机制的研究现状[J]. 胃肠病学, 2019, 24(12): 750-753.

(本文编辑 李春华)

• 论 著 •

直肠癌预防性回肠造口患者的营养教育

林鸿缘¹, 陈璟², 刘颖洁³, 林美娇³, 廖晓琴⁴, 彭山玲^{1,2}

摘要:目的 探讨直肠癌预防性回肠造口患者基于自我效能理论的营养教育效果。方法 将 66 例直肠癌拟行预防性回肠造口患者按收治时间分为对照组($n=33$)和干预组($n=33$)。对照组实施常规健康教育, 干预组实施基于自我效能理论的营养教育。比较两组干预前, 出院后 1、3 个月的 BMI、实验室相关营养指标、患者主观整体营养状况评估(PG-SGA)得分及造口自我效能。结果 干预后不同时间点干预组 BMI 和实验室相关营养指标显著高于对照组, 营养状况得分、造口自我效能总分显著优于对照组($P<0.05$, $P<0.01$)。结论 基于自我效能理论的营养教育有利于改善直肠癌预防性回肠造口患者的营养状况, 提升其造口自我效能水平。

关键词: 直肠癌; 预防性回肠造口; 营养状况; 自我效能; 营养教育; 健康教育

中图分类号: R473.6; R151.4+1 **文献标识码:** A **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2022.10.010

Nutrition education for patients with rectal cancer undergoing prophylactic ileostomy Lin Hongyuan, Chen Jing, Liu Yingjie, Lin Meijiao, Liao Xiaojin, Peng Shanling. School of Nursing, Fujian Medical University, Fuzhou 350122, China

Abstract: **Objective** To explore the effect of nutrition education based on self-efficacy theory in patients with rectal cancer undergoing prophylactic ileostomy. **Methods** A total of 66 rectal cancer patients undergoing prophylactic ileostomy were divided into a control group and an intervention group chronologically, with 33 cases in each group. The control group was given routine health education, while the intervention group received nutrition education based on self-efficacy theory. The BMI, laboratory indicators of nutritional status, scores of Patient-generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) and stoma self-efficacy between the two groups before the intervention and 1, 3 months after the intervention were compared. **Results** At 1 and 3 months after the intervention, the BMI and laboratory indicators of nutritional status of the intervention group were significantly higher than those of the control group, and the scores of PG-SGA and stoma self-efficacy were significantly better than those of the control group ($P<0.05$, $P<0.01$). **Conclusion** The nutrition education based on self-efficacy theory is conducive to improving the nutrition status of rectal cancer patients undergoing prophylactic ileostomy, and enhancing their stoma self-efficacy level.

Key words: rectal cancer; prophylactic ileostomy; nutritional status; self-efficacy; nutrition education; health education

作者单位: 1. 福建医科大学护理学院(福建 福州, 350122); 中国人民解放军联勤保障部队第 900 医院 2. 护理部 3. 普通外科; 4. 福建医科大学附属协和医院护理部

林鸿缘: 女, 硕士在读, 学生

通信作者: 彭山玲, psl30@163.com

收稿: 2021-12-25; 修回: 2022-02-07

预防性回肠造口是指在吻合口近端的肠段即回肠上建立肠造口, 通过对肠内容物暂时性的转流, 避免肠内容物对造口远端吻合口部位产生机械性压力和形成细菌污染, 从而达到保护吻合口的目的^[1]。预防性回肠造口手术部位的特殊性使患者消化液大

量丢失,且食物在未完全消化吸收的情况下从造口排出,使直肠癌预防性回肠造口患者营养不良发生率高达 79.09%^[2-5]。但目前对于肠造口患者的干预研究主要集中在造口护理等^[6],缺乏针对预防性回肠造口患者特异性饮食与营养指导的相关研究,严重影响患者术后恢复,延长患者造口还纳时间,严重者可导致其暂时性造口变为永久性造口,降低患者生活质量。有研究显示,以自我效能理论为基础,从自我效能的 4 个信息来源对维持性血液透析^[7]、慢性阻塞性肺疾病^[8]患者进行营养教育,对改善其营养状况,增强患者自我效能水平具有积极影响。本研究基于自我效能理论对直肠癌预防性回肠造口患者进行线上和线下相结合的营养教育,旨在改善预防性回肠造口患者营养状况、提高其造口自我效能。报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用便利抽样法,选取 2021 年 2~11 月入住福州市某三级甲等医院胃肠外科拟行预防性回肠造口的直肠癌患者为研究对象。纳入标准:①病理检查确诊为直肠癌,拟行预防性回肠造口;②年龄≥18 岁;③可普通话交流,能理解调查表内容。排除标准:①伴有其他部位恶性肿瘤;②家属对其隐瞒患癌事实;③伴有心、肝、肾等器官严重疾病;④有精神病史或正服用抗精神疾病药物。本研究通过医院伦理委员会审核批准(2021-006),所有患者知情同意,且自愿参与本研究。本研究根据两样本总体均数比较的样本量计算公式^[9]: $n_1=n_2=2[(\mu_\alpha+\mu_\beta)\sigma/\delta]^2$, α 取 0.05(双侧), β 取 0.10(单侧),根据预试验结果,将 $\delta=3.40$, $\sigma=3.82$ 代入公式计算得 $n_1=n_2\approx 27$ 例,考虑脱失率 20%,校正后的样本量为每组至少需要 33 例,共计 66 例。为避免研究对象沾染,根据入组时间将 2~6 月收治的 33 例患者分为对照组,7~11 月收治的 33 例患者分为干预组。研究期间,无失访或退出病例。两组一般资料比较,见表 1。

1.2 方法

1.2.1 干预方法

对照组实施常规健康教育。术前 3 d 责任护士发放造口护理手册;术后由责任护士讲解造口相关基础知识、术后饮食护理、造口袋更换的注意事项并示范、播放造口袋更换流程的宣教视频;出院前告知患者定期门诊随访的重要性;门诊随访前 1 周电话提醒患者随访复诊;患者每月门诊随访时由 1 名造口治疗师负责了解患者造口相关情况,解答患者关于造口相关问题。干预组实施基于自我效能理论的营养教育,具体如下。

1.2.1.1 营养教育小组组成和分工 营养教育小组由 10 名成员组成,指导教师 1 名(主任护师),负责本

研究的整体把控;组长 1 名(副主任护师)、国际造口治疗师 1 名,负责团体活动和研究的协调工作;营养师 1 名(国家二级营养师),负责参与团体活动并给予研究对象营养与饮食相关问题的解答;国家二级心理咨询师 1 名,负责参与团体活动并针对研究对象的负面情绪给予疏导、安慰和鼓励;医生、护士各 2 名(均从事胃肠外科工作 10 年以上)、护理在读研究生 1 名,共同负责研究对象的营养状况评估和临床管理,同时参与团体干预。

表 1 两组一般资料比较 例(%)

项目	对照组 (n=33)	干预组 (n=33)	统计量	P
性别			$\chi^2=0.096$	0.757
男	27(81.8)	26(78.8)		
女	6(18.2)	7(21.2)		
年龄(岁)			$Z=0.662$	0.508
18~	3(9.1)	3(9.1)		
45~	9(27.3)	12(36.4)		
>60	21(63.6)	18(54.5)		
文化程度			$Z=0.424$	0.672
小学及以下	16(48.5)	15(45.5)		
中学(含中专)	8(24.2)	14(42.4)		
大专及以上	9(27.3)	4(12.1)		
个人月收入(元)			$Z=0.972$	0.615
<2000	18(54.5)	14(42.4)		
2000~4000	7(21.2)	9(27.3)		
>4000	8(24.2)	10(30.3)		
婚姻状况			—	0.672
有配偶	31(93.9)	29(87.9)		
无配偶	2(6.1)	4(12.1)		
居住地			$\chi^2=1.219$	0.559
市区	8(24.2)	5(15.2)		
城镇	3(9.1)	5(15.2)		
农村	22(66.7)	23(69.7)		
医疗付费方式			—	0.277
自费	3(9.1)	0(0)		
新农合	18(54.5)	23(69.7)		
居民医保	7(21.2)	7(21.2)		
职工医保	5(15.2)	3(9.1)		
合并症			—	0.475
有	30(90.9)	27(81.8)		
无	3(9.1)	6(18.2)		
造口并发症			$\chi^2=0.407$	0.523
有	7(21.2)	5(15.2)		
无	26(78.8)	28(84.8)		
术后放化疗			—	0.775
否	7(21.2)	9(27.3)		
放疗	1(3.0)	0(0)		
化疗	24(72.7)	24(72.7)		
放化疗	1(3.0)	0(0)		
造口自理能力			$\chi^2=0.971$	0.325
完全需要他人帮助	14(42.4)	18(54.5)		
基本依靠他人帮助	19(57.6)	15(45.5)		
造口接受程度			$\chi^2=0.601$	0.438
不能接受	13(39.4)	10(30.3)		
一般接受	20(60.6)	23(69.7)		

1.2.1.2 营养教育方案的制订

营养教育小组团队根据自我效能理论框架中的直接经验、替代经验、言语劝说、支持系统 4 个信息来源的特点^[10]及临床经验,制订营养教育方案,见样表 1。

样表 1 基于自我效能理论的直肠癌预防性回肠造口患者营养教育方案

要素	干预方法	具体措施	干预方式
直接经验	发放《回肠造口营养指导手册》	发放自制的《回肠造口营养指导手册》,为预防性回肠造口患者的饮食与营养提供指引	个体干预
	饮食日记	鼓励患者记录每日饮食的种类和量,以及各种饮食与造口排泄物的关联性;记录每周/每月的体质量变化;记录自己在营养管理中的努力和成绩,逐渐提高其自我效能感	个体干预
	营养知识讲座	系统讲解疾病基础知识、造口相关基础知识、回肠造口饮食与营养管理	团体干预
	营养卡片	微信群内发布改善预防性回肠造口患者营养状况的营养卡片,如术后早期饮食注意事项、改善腹泻症状的食物、根据排便性状选择饮食种类等	微信群
替代经验	同伴教育	选择饮食自我管理能力强,造口自我效能水平高的患者分享关于饮食与造口护理的相关经验和心得体会,帮助其他患者弥补不足,增加经验,增强信心	团体干预
言语劝说 支持系统	在线交谈	根据患者特点,由造口治疗师、营养师进行一对一微信视频或电话交谈	微信视频/电话
	放松疗法	指导患者掌握深呼吸、肌肉放松等自我放松疗法	团体干预
	心理疏导	由心理咨询师鼓励患者说出心声,针对患者负性情绪给予疏导、安慰和鼓励	微信视频/电话
	社会支持	向家属讲解有关造口护理知识,使患者家属积极参与到护理工作中,创建良好的家庭氛围	团体干预 微信视频/电话

1.2.1.3 营养教育方案的实施

①个体干预:患者入组后,由营养师与患者进行深入沟通,了解患者术前饮食习惯,根据患者饮食习惯以及预防性回肠造口的特点进行一对一的饮食指导。每周 1 次,共 12 次。

②团体干预:团体干预安排理论授课、食物模型讲解、同伴教育和放松疗法 4 个模块。主治医师、造口治疗师和营养师分别讲解直肠癌疾病相关知识、造口护理知识和预防性回肠造口患者饮食特点。每月在患者门诊随访或返院化疗时于科室示教室进行 1 次团体干预活动,4~6 例/次,每次 40~60 min,干预持续时间为手术前至术后 3 个月,共 4 次。每次开展团体干预活动前 1 周,微信群发布活动公告。

③线上干预:营养师和造口治疗师在微信群内及时解答疑问。于微信群发布预防性回肠造口营养卡片,每周 1 次,共 12 次。

④支持干预:心理咨询师以微信视频/电话方式与患者沟通,倾听患者内心感受,了解患者术后携带造口的真实感受及遇到的实际困难,积极解答患者提出的有关营养与饮食的疑问,对于营养状况欠佳、造口自我效能水平不高的患者给予针对性指导,通过言语的建议、引导、解释使患者认识到营养与饮食对按期回纳造口的重要性。每周 1 次,30 min/次,共 12 次。

1.2.2 评价方法

①营养相关指标。主要包括 BMI、血红蛋白、白蛋白以及淋巴细胞计数。由 1 名护理研究生统计干预前,出院前 1 d,出院 1、3 个月患者的检验指标与结果。

②患者主观整体营养状况评估(Patient-Generated Subjective Global Assessment, PG-SGA)^[11]。PG-SGA 包括患者自我评估及医务人员评分。患者自我评分包括体质量变化、进食情况、

消化道症状以及身体活动功能 4 个方面;医务人员评分包括疾病与营养需求的关系、代谢方面的需求以及体格检查。每个项目的分数为 0~4 分,根据评价标准计算每个项目的总得分,患者自我评估得分与医务人员评分相加为总分。分值越高,则表示营养不良的程度越严重。PG-SGA 适合成人肿瘤患者的全年龄阶段,被视为特异性肿瘤患者营养评价工具之一^[12]。

③造口自我效能量表(Stoma Self-Efficacy Scale, SS-ES)^[13]。量表包括造口照顾自我效能(13 个条目)和社交自我效能(9 个条目)2 个维度及 6 个单独条目(饮食选择效能、性生活效能、对性生活满意度的效能、能够从事重体力劳动的效能、保持活力的信心及造口自理效能),共 28 个条目。采用 Likert 5 级评分法(1~5 分),总分为 28~140 分,分值越高表示受测对象的自我效能感越强。量表的 Cronbach's α 系数为 0.957^[14],说明该量表具有较好的信度。于干预前,出院 1、3 个月测评患者营养状况及造口自我效能。

1.2.3 质量控制

①方案设计阶段:咨询相关专家对回肠造口患者营养教育的看法及意见,确保直肠癌回肠造口患者营养教育的科学性和可推广性。

②方案完善阶段:通过预试验及时发现设计中可能存在的问题,结合患者的反馈进一步调整干预方案。

③《回肠造口营养指导手册》制作:根据《回肠造口护理与康复指南》^[15],由营养师和造口治疗师共同起草,征求患者及家属意见及建议,团队成员讨论修改,营养师审核,形成终稿。

④记录患者出院时间及门诊随访时间,门诊随访前 1 周微信及电话提醒患者门诊随访时间;每次开展团体干预活动前 1 周,微信群发布活动

公告,进行个性化指导时再次提醒患者团体干预活动时间。

1.2.4 资料收集方法 资料收集前,研究者向研究对象详细说明本次研究的目的、填写说明和注意事项。资料收集以面对面的方式于团体干预活动结束后或患者门诊随访时,采用统一指导语指导患者填写问卷,测量身高、体质量及握力。对于因文化程度无法独立填写问卷者,研究者逐条读出题目并根据患者的回答进行填写,对患者不理解的内容,以中性、不带任何暗示方式的解释后帮其代填,问卷填写完毕后由研究者当场检查,核对问卷是否缺项、漏项及明显错误,

问卷当场收回。

1.2.5 统计学方法 使用 SPSS25.0 软件进行数据分析,服从正态分布的计量资料采用独立样本 *t* 检验;计数资料采用 χ^2 检验或 Fisher 确切概率法;各时点营养相关指标的比较采用重复测量方差分析;各时点 PG-SGA 得分、造口自我效能总分比较采用广义估计方程。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组干预前后不同时间营养相关指标比较 见表 2、表 3。

表 2 两组干预前后不同时间营养相关指标比较								$\bar{x} \pm s$
营养指标	组别	例数	干预前	出院前 1d	出院 1 个月	出院 3 个月	<i>F</i>	<i>P</i>
BMI	对照组	33	23.56±3.20	21.45±2.93	21.50±2.96	21.74±3.11	94.903	0.000
	干预组	33	23.03±2.84	21.06±2.75	21.52±2.71	22.50±2.67	85.894	0.000
	<i>t</i>		0.709	0.330	1.898	4.995		
	<i>P</i>		0.481	0.743	0.062	0.000		
血红蛋白 (g/L)	对照组	33	116.36±17.58	114.27±17.78	122.33±13.60	129.12±13.87	17.289	0.000
	干预组	33	118.35±17.38	116.64±17.07	131.36±11.09	147.06±9.88	76.313	0.000
	<i>t</i>		0.461	0.312	3.298	6.899		
	<i>P</i>		0.646	0.756	0.002	0.000		
淋巴细胞计数 (10 ⁹ /L)	对照组	33	0.84±0.34	1.01±0.38	1.19±0.42	1.42±0.40	25.984	0.000
	干预组	33	0.86±0.37	1.00±0.35	1.39±0.35	1.76±0.47	149.865	0.000
	<i>t</i>		0.194	0.340	2.292	3.591		
	<i>P</i>		0.846	0.735	0.025	0.001		
血清白蛋白 (g/L)	对照组	33	34.46±3.88	36.70±4.52	39.40±3.55	40.78±2.89	26.758	0.000
	干预组	33	34.35±3.29	35.68±2.72	41.01±1.78	44.87±2.42	151.938	0.000
	<i>t</i>		0.127	1.126	2.414	6.347		
	<i>P</i>		0.900	0.264	0.019	0.000		

表 3 两组营养相关指标的重复测量方差分析结果								
效应	BMI		血红蛋白		淋巴细胞计数		血清白蛋白	
	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>F</i>	<i>P</i>
组间效应	6.795	0.011	16.737	0.000	5.971	0.017	9.305	0.003
时间效应	0.942	0.392	23.136	0.000	14.570	0.000	5.279	0.008
交互效应	40.567	0.000	17.318	0.000	9.667	0.000	15.842	0.000

表 5 两组干预前后不同时间造口自我效能得分比较							
分, $\bar{x} \pm s$							
组别	例数	干预前	出院 1 个月	出院 3 个月	Wald χ^2	<i>P</i>	
对照组	33	29.58±2.76	46.73±5.51	65.06±6.08	1080.189	0.000	
干预组	33	30.06±3.06	57.94±9.94	88.45±8.02	2600.604	0.000	
Wald χ^2/Z		0.618*	40.578	206.503			
<i>P</i>		0.536	0.000	0.000			

注: * 为秩和检验。两组比较,组间效应 Wald $\chi^2=150.457$,时间效应 Wald $\chi^2=439.380$,交互效应 Wald $\chi^2=46.631$,均 $P=0.000$ 。

2.2 两组干预前后不同时间营养状况得分比较 见表 4。

表 4 两组干预前后不同时间营养状况得分比较							
分, $\bar{x} \pm s$							
组别	例数	干预前	出院 1 个月	出院 3 个月	Wald χ^2	<i>P</i>	
对照组	33	15.55±2.17	11.82±2.71	7.55±2.05	417.611	0.000	
干预组	33	15.16±2.79	8.73±2.14	4.67±0.92	582.592	0.000	
Wald χ^2		0.010	27.275	55.877			
<i>P</i>		0.920	0.000	0.000			

注:两组比较,组间效应 Wald $\chi^2=26.356$,时间效应 Wald $\chi^2=777.691$,交互效应 Wald $\chi^2=26.120$,均 $P=0.000$ 。

2.3 两组干预前后不同时间造口自我效能得分比较 见表 5。

3 讨论

3.1 营养教育可有效改善患者的营养状况 由于肿瘤的高分解代谢、手术应激反应、营养摄入不足,造口术后食物在未经完全消化吸收的情况下便从回肠造口排出等,使直肠癌预防性回肠造口患者营养不良发生率高达 79.09%^[5],从而导致患者术后机体免疫功能下降,造口并发症发生率增高,延长造口还纳时间。直肠癌预防性回肠造口患者正确选择饮食种类及知晓造口术后饮食注意事项可保障患者造口术后营养的充分摄入,改善患者营养状况。但常规健康教育仅针对患者围手术期进行普适性饮食指导,存在一定的

局限性^[16]。本研究结果显示,干预前后不同时间两组营养相关指标及营养状况得分比较,组间效应、时间效应、交互效应 $P<0.05$ 、 $P<0.01$,说明基于自我效能理论的营养教育可有效改善直肠癌预防性回肠造口患者的营养状况。基于自我效能理论的直接经验、替代经验、言语劝说、支持系统4个信息来源分别设计相应的营养教育模块,通过医生、造口治疗师及营养师与患者之间沟通互动,提高患者对自身疾病、回肠生理功能和预防性回肠造口的认识;通过发放《回肠造口营养指导手册》、开展营养知识讲座等强化患者对直肠癌预防性回肠造口术后饮食与营养的重视,提高患者对饮食种类选择的正确性,避免患者盲目补充营养,从而改善直肠癌预防性回肠造口患者营养状况。

3.2 营养教育可提高患者的自我效能水平 直肠癌预防性回肠造口患者需要通过肠造口排便,排便模式的改变使患者在面对癌症打击、躯体形象改变的同时,又要承受造口带来的生理、心理、社会交往等多种压力。良好的自我效能感可以增强患者对新环境的控制感,提高患者克服困难的信心,充分调动患者的积极性。本研究结果显示,干预前后不同时间两组自我效能水平得分比较,组间效应、时间效应、交互效应均 $P<0.01$,说明基于自我效能理论的营养教育可有效提高直肠癌预防性回肠造口患者的自我效能水平。常规健康教育形式单一、时间有限,患者在短时间内往往不能完全接受宣教内容,使得患者常存在对宣教知识的理解偏差或遗忘,对患者加强健康教育可提升预防性肠造口患者自我护理能力及自信心^[17]。本研究基于自我效能理论通过同伴教育和社会支持提高患者自信心;通过微信视频或电话交谈解答患者疑问,倾听患者内心感受,缓解患者负性情绪。同时,采用线上线下相结合的方式进行一对一宣教或以团体干预等形式对患者进行营养健康教育,团队成员能为患者提供细致有效的信息及技术支持,患者不局限于时间与空间的限制进行反复询问与验证,确保信息的有效传达及营养教育的持续性和有效性,从而提高直肠癌预防性回肠造口患者的自我效能水平。

4 小结

基于自我效能理论的营养教育可改善直肠癌预防性回肠造口患者的营养状况,提升患者造口自我效能。本研究样本量较小且为非随机对照试验,研究结果的代表性及推广性存在一定的局限性。今后有待扩大样本量,进行完全随机对照试验研究,延长干预时间至患者造口还纳,以期改善直肠癌预防性回肠造口患者留置造口期间的营养状况,提高其造口自我效能水平,从而能按期还纳造口。

参考文献:

- [1] 万德森,朱建华,周志伟.造口康复治疗:理论与实践[M].北京:中国医药科技出版社,2006:381.
- [2] Yao H, Yongbo A, Zhang Z. The application of defunctioning stomas after low anterior resection of rectal cancer[J]. Surg Today, 2018, 49(6): 451-459.
- [3] Yao T Y, William C. Management of anastomotic leakage after rectal surgery: a review article[J]. J Gastrointest Oncol, 2019, 10(6): 1229-1237.
- [4] Vasilopoulos G, Makrigianni P, Polikandrioti M, et al. Pre-and post-operative nutrition assessment in patients with colon cancer undergoing ileostomy[J]. Int J Environ Res Public Health, 2020, 17(17): 6124.
- [5] 杜茜茜,邹其云,霍明科,等.结直肠癌回肠造口患者营养状况与社会心理适应的关系研究[J]. 护理管理杂志, 2019, 19(12): 845-848.
- [6] 张海玲,孙琳,袁丽,等.基于文献计量学和社会网络分析肠造口护理研究的进展和热点[J]. 现代临床护理, 2019, 18(8): 51-57.
- [7] 童赞,林泽文,李英文,等.自我效能训练对维持性血液透析患者营养状况的影响[J]. 护理学报, 2015, 22(20): 47-49.
- [8] 周敏,刘璐,楚荷莹.基于自我效能理论的健康教育在院外COPD患者管理中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2021, 27(22): 3029-3033.
- [9] 洪松林,庄映辉,李堃.数据挖掘技术与工程实践[M].北京:机械工业出版社,2014:62.
- [10] Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change[J]. Psychol Rev, 1977, 84(2): 191-215.
- [11] Ottery F D. Rethinking nutritional support of the cancer patient: the new field of nutritional oncology[J]. Semin Oncol, 1994, 21(6): 770-778.
- [12] Isenring E, Bauer J, Capra S. The scored Patient-generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) and its association with quality of life in ambulatory patients receiving radiotherapy[J]. Eur J Clin Nutr, 2003, 57(2): 305-309.
- [13] Bekkers M J, van Knippenberg F C, van den Borne H W, et al. Prospective evaluation of psychosocial adaptation to stoma surgery: the role of self-efficacy[J]. Psychosom Med, 1996, 58(2): 183-191.
- [14] 阮卉.直肠癌永久性结肠造口患者生活质量与自我效能的相关性研究[D].广州:中山大学,2007.
- [15] 郑美春.回肠造口护理与康复指南[M].北京:人民卫生出版社,2016:55-72.
- [16] 尹景霞,赵珊珊,刘园园.协同干预模式对直肠癌新辅助化疗患者营养状况、癌因性疲乏程度及生活质量的影响[J]. 癌症进展, 2021, 19(7): 749-752.
- [17] 李洲宁,周莲清,刘华云,等.健康教练教育对预防性肠造口患者自我护理能力的影响[J]. 护理学杂志, 2021, 36(21): 69-72.

(本文编辑 李春华)