

patients with osteoarthritis and ankylosing spondylitis: cross-cultural adaptation, validation and reliability[J]. BMC Musculoskelet Disord, 2018, 19(1): 1-10.

[10] 谭媛媛, 和晖, 杨秀贤, 等. 骨科患者功能锻炼依从性量表的编制及信度效度检验[J]. 中国护理管理, 2019, 19(11): 1626-1631.

[11] Philip C N, Giles R S, Adam C B, et al. Development of a new Knee Society scoring system[J]. Clin Orthop Relat Res, 2012, 21(8): 20-32.

[12] 杨琳, 杨志英. 全膝关节置换患者术前结果期望及影响因素研究[J]. 护理学杂志, 2020, 35(15): 24-27.

[13] 候云飞, 周之伟, 李志昌. 全膝关节置换术患者术前预期的影响因素[J]. 北京大学学报(医学版), 2021, 54(1): 170-176.

[14] Hamilton D F, Shim J, Howie C R, et al. Patients follow three distinct outcome trajectories following total knee arthroplasty[J]. Bone Joint J, 2021, 103(6): 1096-1102.

[15] Madara K C, Aljehani M, Marmon A, et al. Factors related to expectations in individuals waiting for total knee

arthroplasty[J]. Physiother Can, 2022: e20200141.

[16] 郭玉茹, 刘延锦, 徐慧萍, 等. 功能锻炼决策辅助对单侧全膝关节置换恐动症患者的影响[J]. 护理学杂志, 2021, 36(8): 73-76.

[17] 孙湘雨, 徐园, 杨旭, 等. 基于行为改变轮理论的膝关节置换术患者康复护理方案的构建[J]. 中华护理杂志, 2022, 57(23): 2877-2883.

[18] 刘婷, 马玉容, 秦玉静, 等. 教育-恐惧暴露干预对全髋关节置换术后恐动症患者的影响[J]. 护理学杂志, 2023, 38(10): 22-26.

[19] Lin B J, Zhang T, Aneizi A, et al. Predictors of met expectations two years after knee surgery[J]. J Orthop, 2021, 23(1): 10-15.

[20] Henry L E, Aneizi A, Nadarajah V, et al. Preoperative expectations and early postoperative met expectations of extremity orthopaedic surgery[J]. J Clin Orthop Trauma, 2020, 11(5): 829-836.

(本文编辑 丁迎春)

• 论 著 •

乳腺癌化疗患者自我倡权干预方案的构建及实施

杨亚平, 郑艳楠, 裴慧丽, 李焕

摘要:目的 探讨乳腺癌化疗患者自我倡权干预方案的构建及实施效果。方法 将 86 例乳腺癌化疗患者按病区分为对照组和观察组各 43 例。对照组行常规护理措施及健康教育, 观察组构建并实施基于赋权理论自我倡权干预方案。比较两组干预前、干预完成时自我倡权及生活质量得分。结果 对照组 40 例、观察组 41 例完成全程研究。干预后观察组自我倡权得分、生活质量得分显著高于对照组(均 $P < 0.05$)。结论 实施基于赋权理论的干预方案能够提高乳腺癌化疗患者自我倡权水平, 改善患者生活质量。

关键词: 乳腺癌; 化疗; 赋权理论; 自我倡权; 照护需求; 医疗决策; 生活质量; 沟通

中图分类号: R473.73 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2024.08.006

Construction and implementation of self-advocacy intervention program for breast cancer patients on chemotherapy

Yang Yaping, Zheng Yannan, Pei Huili, Li Huan. School of Nursing, Henan Medical College, Zhengzhou 451191, China

Abstract: Objective To construct a self-advocacy intervention program for breast cancer patients on chemotherapy and evaluate the application effect. **Methods** A total of 86 breast cancer patients on chemotherapy were divided into 2 groups of 43 cases each. The control group received routine nursing care and health education, while the intervention group was subjected to a self-advocacy intervention program developed based on the empowerment theory. The scores of self-advocacy and quality of life of the two groups were compared before and after the intervention. **Results** Totally, 40 cases in the control group and 41 cases in the intervention group completed the study. After intervention, there were significant differences in the scores of self-advocacy and quality of life between the two groups (all $P < 0.05$). **Conclusion** The intervention program based on empowerment theory can improve the level of self-advocacy and improve the quality of life of breast cancer patients on chemotherapy.

Key words: breast cancer; chemotherapy; empowerment theory; self-advocacy; care needs; medical decision-making; quality of life; communication

自我倡权是指幸存者利用个人优势、技能和资源来实现个人相关目标的发展过程^[1]。近年来,随着共享决策理念的不断深入,医疗支持照护者提倡癌症患者应主动表达其医疗照护需求与价值偏好并参与临床决策。癌症患者自我倡权主要指患者在面对癌症挑战

时,通过与医护人员有效沟通、寻求有效支持、参与医疗决策,从而优先考虑满足自己需求与愿望的一种能力^[2]。自我倡权水平较高的患者,能主动获取外界支持,并选择适合自己的医疗与护理方式,以满足自身需求,进而减轻症状负担与改善预后^[3]。研究显示,乳腺癌患者在化疗期及化疗间歇期常经历严重的症状负担^[4-5],且存在治疗与康复信息、情感支持、寻求希望与自我实现等多方面需求^[5-6]。但乳腺癌患者自我倡权处于中等偏低水平^[7]。研究者对乳腺癌患者开展质性

作者单位: 河南医学高等专科学校护理学院(河南 郑州, 451191)
 杨亚平: 女, 硕士, 讲师, 378463041@qq.com
 收稿: 2023-11-23; 修回: 2024-02-05

访谈发现,患者自我倡权意识薄弱,普遍存在逃避心态、信心不足、病耻感严重、害怕破坏医患关系等状况,且在自我倡权过程中面临着医护人员态度不明朗、家庭成员不支持等诸多挑战^[5]。因此,采取针对性措施提高乳腺癌患者自我倡权水平具有重要意义。赋权是以自我决定理论为基本框架、以患者为中心的健康管理模式,医疗领域患者赋权是指医护人员赋予患者部分权利,让其认识到自身的权力、优势和能力等,通过分享信息知识,调动潜力,使其主动参与健康管理的决策过程。本研究基于赋权理论构建自我倡权干预方案并应用于乳腺癌患者,旨在提高患者自我倡权水平及生活质量,为临床护理干预提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用便利抽样法选取 2023 年 2—8 月在郑州大学第二附属医院住院的乳腺癌化疗患者为研究对象。纳入标准:①经组织病理学确诊为原发性乳腺癌,术后拟行规律化疗;②化疗周期 ≥ 4 个,预

计生存期 > 1 年;③女性,年龄 ≥ 18 岁;理解及沟通能力正常。排除标准:①并存其他严重躯体疾病;②存在认知障碍或精神疾病;③正在参与其他干预研究。剔除标准:研究过程中主动退出或疾病进展、死亡者。本研究已通过医学伦理委员会审批。所有患者对自身病情知情,并签署书面知情同意书。采用 $n_1 = n_2 = 2[(\mu_\alpha + \mu_\beta)\sigma/\delta]^2$ 计算样本量。选取 11 例符合纳入标准的乳腺癌患者预试验。计算得出 $\sigma = 7.32$, $\delta = 5.37$,按双侧 $\alpha = 0.05$, $\beta = 0.10$,查表得出 $\mu_\alpha = 1.960$, $\mu_\beta = 1.282$,考虑 10% 的样本流失率,计算得出 $n_1 = n_2 = 43$ 。本研究纳入患者 86 例,采用抽签法将乳腺外科 2 个病区随机分组,入住乳腺外科一病区的 43 例患者作为对照组,入住乳腺外科二病区的 43 例患者作为观察组。干预过程中对照组失访 3 例,观察组退出 2 例,最终对照组 40 例、观察组 41 例完成研究。两组一般资料比较,见表 1。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	文化程度(例)			肿瘤分期(例)			手术方式(例)		手术部位(例)	
			初中及以下	高中	大专及以上	I	II	III	保乳式	根治术	单侧	双侧
对照组	40	49.68 \pm 4.65	15	18	7	16	16	8	17	23	34	6
观察组	41	50.05 \pm 5.18	17	16	8	15	17	9	16	25	36	5
统计值		$t = -0.342$	$Z = 0.168$			$Z = -0.311$			$\chi^2 = 0.101$		$\chi^2 = 0.136$	
P		0.734	0.866			0.756			0.750		0.713	

1.2 干预方法

对照组采用常规护理:包括手术前向患者发放健康教育手册,宣教乳腺癌相关知识。术后告知患者及家属并发症的观察与预防、术后功能锻炼等,并给予患者心理支持。住院化疗期间,告知患者化疗目的、必要性、方法及毒副反应的预防与处理。每日由责任护士与患者沟通 15~20 min,鼓励患者表达需求,了解其心理负担,并给予针对性帮助。化疗间歇期,鼓励患者家属多陪伴、安慰,加强与患者沟通,多方面满足患者需求等。观察组在此基础上实施自我倡权干预方案。

1.2.1 成立研究小组 包括病区护士长 2 名,负责研究的协调管理;乳腺外科主治医师 1 名(博士),护理专家和心理学专家各 1 名(本科及以上学历,副高级及以上职称),负责干预方案制定以及疾病相关知识指导与质量控制;研究者本人负责文献检索与数据分析、专家咨询、方案构建及实施;责任护士 3 名,协助研究者完成干预方案和资料收集。

1.2.2 构建自我倡权干预方案

研究者通过文献回顾^[6-8],分析乳腺癌患者自我倡权国内外研究进展及赋权理论应用状况等,制定干预方案框架。对 10 例符合纳入标准的乳腺癌患者进行半结构化访谈,了解患者自我倡权临床实践需求,在此基础上初步形成乳腺癌化疗患者自我倡权干预方案初稿。将初稿通过 16 名专家进行 2 轮函询(专

家来自郑州、北京、上海、南京、广州、武汉、厦门等城市;均为副高级及以上职称;本科及以上学历;专业方向包括肿瘤护理、临床医学、护理教育、护理心理学等),对干预方案初稿进一步修改,将修改后的干预方案用于 11 例乳腺癌化疗患者中进行预试验,进一步修改完善,最终形成乳腺癌化疗患者自我倡权干预方案施测稿。具体干预内容如下。

1.2.2.1 倡权认知与参加倡权 术前加强与患者沟通,评估患者的文化程度、职业、家庭状况、性格特征、睡眠质量、心理状态、医学应对方式、知识储备、症状困扰、社会支持、护理需求、沟通情况等,了解患者特征,帮助制定针对性的护理方案。每次干预前再次评估患者护理需求、心理状态、医学应对方式及自我倡权情况等,以及时调整护理方案。术后 1~3 d,告知患者及其家属术后注意事项。如出血、感染、皮瓣坏死、水肿等并发症的预防与观察;加强营养,多食蛋类、鸡肉、鸭肉、豆类等富含蛋白质的食物;循序渐进地进行肢体活动与康复功能锻炼;鼓励患者保持乐观的心态积极配合治疗等。在此过程中与患者及家属建立良好的关系。术后 4~7 d,向患者讲解自我倡权的概念、内涵、作用及意义,增强患者对自我倡权的认知,使其意识到自我倡权的必要性以及对自身和家庭带来的好处,激发患者自我倡权意识与行为,同时评估患者自我倡权的优势和挑战,并与患者一起制定自

我倡权目标,如在治疗期间全面掌握疾病相关知识与技能,主动表达 3~5 次护理需求,至少共同参与 2 次治疗决策等。

1.2.2.2 化疗期提高自我倡权能力 ①转变医护患沟通模式。由传统的主动-被动型转变为共同参与式的平等沟通模式。化疗第 1 天,告知患者每天 8:00—9:00 与 15:00—16:00 为固定沟通时间,患者可主动找主管医师或责任护士进行沟通,沟通内容以患者需求与意愿为主。未主动进行沟通者,由责任护士询问患者原因,解答疑问,鼓励其继续保持沟通,每例患者每天至少沟通 1 次,每次 15~20 min。沟通过程中医护人员保持真诚的态度,注重非医疗沟通与情感沟通,围绕患者感兴趣的话题展开,多注意倾听,换位思考,加强共情,及时反馈,沟通中语言简练、清晰、通俗易懂,尽可能符合患者的文化背景,避免使用伤害性语言或敏感词汇,如患者情绪低落或表达模糊时,主动安慰并保持耐心,必要时采用握手、点赞、抚触、恰当的目光接触等身体语言,尊重与接纳患者,与患者建立良好的信任关系。②强化知识及技能培训,提高患者自我决策能力。a. 口头宣教。采用 PPT、图表或健康教育手册等方式进行宣教,宣教内容主要包括 4 个部分:乳腺癌发生发展的原因与治疗方案;化疗期相关并发症及其应对措施;乳腺癌康复功能锻炼方法;日常生活注意事项及护理措施等。于患者每日化疗结束后进行讲解,根据患者接收程度安排讲解时间,每次 15~20 min。每次宣教前,宣教者通过几个小问题了解患者对上次知识的掌握情况。b. 多媒体宣教。将“乳腺癌上肢功能锻炼方法,包括握拳运动、肩关节外展运动、肢体抬高等”“淋巴水肿按摩方法”“义乳佩戴流程”等多种乳腺癌护理技能制作成视频,每段视频时长 8~10 min,发送至微信群供患者学习。此外,每天通过公众号的形式推送 1 篇温情小故事,帮助患者树立信心。c. 知识讲座。每周六或周日 16:00 举办知识讲座,每次 30~40 min,每周根据乳腺癌相关知识制定不同的主题,患者及其家属可根据自身知识掌握情况选择参加。③书写表达。制定书写表达主题。主题 1:尽可能详细地描述患病经历以及患病过程中身体和心理感受,包括患病前生活习惯、身体的变化过程、确诊及手术经历、症状困扰、心理状态变化状况等。主题 2:尽可能全面描述在患病过程中的需求,如疾病信息、身体形象、工作、生育、情感支持、康复等各方面需求。主题 3:阐述哪些需求未满足,原因是什么;哪些需求获得满足,满足的方式是哪些。主题 4:描述 1 件或多件,自己主动沟通或表达需求时,被积极回应的心理体验。化疗期进行 1~2 次书写表达,双侧或右侧乳房手术书写不便的患者,可使用录音笔进行口述,后转录为文字内容。④积极自我倡权体验。a. 同伴支持。将同期入组的患者纳为一组,每组 5~6 例,将科室示教室作为小组成员学

习和沟通交流的场所,组织开展以信息寻求和有效沟通为主题的小组会议,患者可以自由分享个人经验和体会,彼此交流,获取有效的社会支持。b. 观看“主人公”视频。视频内容主要以第一人称视角,讲述自己在疾病发生发展、治疗与康复过程中的经历,体现出患者在应对困难时积极主动的沟通、乐观的态度,以及主动表达需求,从而得到更多的信息和社会支持等内容。并在视频的最后鼓励患者表达观看视频的感受和体会,以及对自身疾病管理的规划。

1.2.2.3 化疗间歇期加强赋权 ①家属赋权。鼓励家庭成员尤其是配偶主动学习疾病相关知识,照顾与陪伴患者,加强与患者沟通,沟通内容主要围绕患者躯体相关症状、居家护理、角色转换、心理状态、社会交往等方面的信息交流和情绪表达。沟通过程以患者意愿为主导,保持耐心并给予其积极正向的反馈。保证每日沟通交流时间 ≥ 2 h。②自我赋权。患者出院前,与患者一起制定短期目标与长期目标。如短期目标为,学会 PICC 或输液港的维护及注意事项,掌握处理恶心、呕吐、便秘等化疗不良反应的方法,了解防止脱发和佩戴假发的方法,主动积极沟通、表达不良情绪等。长期目标为,能够回到原有的生活状态,继续保持女性魅力,履行妻子、女儿、母亲等社会角色,丰富社交、重返工作岗位,学会关爱自己和心理调试方法,热爱生活与珍爱生命等。根据患者身体状况、生活习惯和预期目标等与患者一起制定切实可行的计划,并细化计划的实施步骤。包括指导患者有效沟通的方法与技巧,如开放式提问、反馈式倾听、适当使用身体语言等;教会患者心理调节方法,推荐积极心理学免费课程,如正念减压、深呼吸放松训练等;同时鼓励患者多与家人、朋友交流,主动表达自身需求,发掘社区资源,多参与社区活动等。于患者每次入院化疗当天,了解患者目标实现情况,引导患者分享家人、朋友或同事等对自身的关心和帮助,以及自己的感受,并与患者一起分析,总结与反思患者参与干预前后的变化,进一步强化赋能。

1.2.3 干预方案实施质量控制 由研究者本人和 3 名责任护士负责实施,干预从患者术后到整个化疗期结束(4~8 个周期)。干预内容包括住院化疗期干预及居家化疗间歇期干预。化疗期采用一对一及小团体干预,干预地点在患者床头或科室示教室,每次干预前保持环境安静,并注意保护患者隐私。化疗间歇期主要为居家干预,患者出院前制定干预目标与计划,每次化疗间歇期进行 1~2 次电话或微信随访,对患者进行指导和督促。

1.3 评价方法 分别在患者入组时及干预完成时(化疗周期结束时)对两组患者进行问卷调查,评价其自我倡权能力及生活质量。①自我倡权能力。采用女性癌症幸存者自我倡权量表(Female Self Advocacy)

cy in Cancer Survivorship, FSACS), 由 Hagan 等^[9] 编制、冯翎等^[10] 汉化。包含自我决策(6 个条目)、有效沟通(6 个条目)、有效社会支持(6 个条目)3 个维度共 18 个条目。采用 6 级评分,从“强烈不同意”至“强烈同意”分别计 1~6 分。总分 18~108 分,得分越高表示患者的自我倡权能力越强,越能更好地表达自身需求和愿望。该量表总的 Cronbach's α 系数为 0.819,各维度 Cronbach's α 系数为 0.647~0.759^[10]。

②生活质量。采用乳腺癌患者生命质量测定量表(Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast, FACT-B),由美国结局研究与教育中心研制^[11]、万崇华等^[12] 汉化。包括生理状况(7 个条目)、社会/家庭状况(7 个条目)、情感状况(6 个条目)、功能状况(7 个条目)和乳腺癌特异状况(9 个条目)5 个维度共 36 个条目。采用 Likert 5 级计分法,从“一点也不”至“非常”分别计 0~4 分,得分 0~144 分,得分越高,患者的生活质量越好。该量表总的 Cronbach's α 系数为 0.843,各维度 Cronbach's α 系数为 0.613~0.847。

1.4 统计学方法 采用 SPSS26.0 软件进行统计分析,计数资料用频数表示,组间比较采用 χ^2 检验或秩和检验;计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用两独立样本 t 检验。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组干预前后自我倡权得分比较 见表 2。

表 2 两组干预前后自我倡权得分比较
分, $\bar{x} \pm s$

时间	组别	例数	自我决策	有效沟通	有效社会支持	总分
干预前	对照组	40	23.85±3.89	20.40±4.83	23.68±4.14	67.93±12.77
	观察组	41	24.41±4.07	20.24±4.87	24.15±3.68	68.80±12.53
	t		-0.638	0.145	-0.542	-0.313
	P		0.525	0.885	0.589	0.755
干预后	对照组	40	25.58±4.45	22.20±5.77	24.60±4.68	72.38±14.61
	观察组	41	29.76±3.18	30.29±3.39	28.27±3.59	88.32±9.71
	t		-4.854	-7.679	-3.951	-5.769
	P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 两组干预前后生活质量得分比较 见表 3。

3 讨论

3.1 基于赋权理论的护理干预能够提高患者自我倡权水平 本研究结果显示,干预前两组乳腺癌患者自我倡权得分处于中等偏低水平,低于段素伟等^[13] 对青年女性乳腺癌患者的研究结果,提示乳腺癌化疗患者

自我倡权能力不足。可能是因为青年乳腺癌患者处在婚恋、生育、事业、成长等多方面的关键时期,在疾病治疗过程中,希望最大限度降低对自身的影响,自我倡权需求比较强烈。而本研究纳入所有年龄段的乳腺癌化疗患者,患者年龄越大,基于网络的信息化医疗资源获取能力有限,对疾病认知和理解不足,增加其与医护人员沟通和进行相关决策的难度,导致其决策参与意识与参与度较低^[14]。本研究观察组患者实施基于赋权理论自我倡权干预,化疗期通过多种形式增强患者对乳腺癌相关知识与技能的掌握,加强沟通,建立共同参与的平等沟通模式。通过书写表达帮助患者梳理内心情绪,更好地了解自身需求。同时,通过同伴支持、观看“主人公”视频等使患者体验积极自我倡权,激发患者自我倡权的意识和信心。此外,化疗间歇期,在缺乏医务人员督促和指导的情况下,加强患者自我赋权和家属赋权,将学习到的相关知识用于日常生活中,更好地延续和巩固干预效果。本研究结果显示,干预后观察组自我倡权总分及各维度得分显著高于对照组(均 $P<0.05$)。提示基于赋权理论自我倡权护理干预具有有效性和实用性。

3.2 基于赋权理论的护理干预能够提高患者生活质量水平 本研究结果显示,干预前乳腺癌化疗患者生活质量处于中等水平。乳腺癌疾病本身及在治疗过程中,可产生疲乏、疼痛、身体形象紊乱、焦虑抑郁等一系列生理心理不良反应,会对患者生活质量产生不良影响^[15]。因此,让患者充分认知疾病及治疗可能带来的不利影响,积极防御十分重要。有研究表明,癌症患者自我倡权水平与其症状负担及生活质量呈显著正相关^[16-17]。可能是因为自我倡权水平较高的患者,更愿意去面对患癌事实,症状负担相对较轻,更有信心去表达自身需求,获取更多的社会支持,从而提高患者生活质量。本研究观察组患者给予基于赋权理论自我倡权干预方案,指导患者有效沟通的方法与技巧,教会患者心理调节方法,同时鼓励患者多与家人、朋友交流,主动表达自身需求,多参与社区活动等。本研究结果显示,干预后观察组生活质量总分及各维度得分显著高于对照组(均 $P<0.05$)。说明患者自我倡权水平提高的同时,生活质量也得到显著提升。

表 3 两组干预前后生活质量得分比较
分, $\bar{x} \pm s$

时间	组别	例数	生理状况	社会/家庭状况	情感状况	功能状况	乳腺癌特异状况	总分
干预前	对照组	40	14.98±4.32	15.70±4.39	13.08±5.03	13.65±4.54	16.27±4.14	73.68±22.23
	观察组	41	14.61±4.09	15.61±4.37	12.78±5.45	13.54±4.66	16.39±3.95	72.93±21.72
	t		0.391	0.093	0.263	0.111	-0.128	0.153
	P		0.697	0.926	0.793	0.912	0.898	0.879
干预后	对照组	40	15.88±4.13	16.52±3.39	13.93±4.09	14.85±3.46	17.98±3.70	79.15±18.14
	观察组	41	18.98±5.28	19.54±4.71	16.68±3.49	17.39±4.07	20.56±3.58	93.15±20.72
	t		-2.945	-3.311	-3.262	-3.027	-3.196	-3.211
	P		0.004	0.001	0.002	0.003	0.002	0.002

Health Aging, 2022, 26(12):1054-1060.

[6] 张静, 田素革, 顾玥, 等. 居家腹膜透析患者液体限制依从性及影响因素[J]. 护理学杂志, 2020, 35(17):24-28.

[7] Taylor D M, Fraser S, Bradley J A, et al. A systematic review of the prevalence and associations of limited health literacy in CKD[J]. Clin J Am Soc Nephrol, 2017, 12(7):1070-1084.

[8] 李雪冬, 张晓楠, 江思璇, 等. 慢性心力衰竭患者健康素养对健康行为及结局的影响[J]. 护理学杂志, 2022, 37(11):74-77.

[9] 黄月阳, 钟慧, 石运莹, 等. 终末期尿毒症患者腹膜透析健康素养现状及其影响因素[J]. 现代临床护理, 2021, 20(3):27-33.

[10] Boyer A, Begin Y, Dupont J, et al. Health literacy level in a various nephrology population from Quebec: predialysis clinic, in-center hemodialysis and home dialysis; a transversal monocentric observational study [J]. BMC Nephrol, 2021, 22(1):259.

[11] 尹奎, 彭坚, 张君. 潜在剖面分析在组织行为领域中的应用[J]. 心理科学进展, 2020, 28(7):1056-1070.

[12] 陈彬. 医学多因素分析设计样本例数估算: 多因素分析设计样本例数综合估算法[J]. 伤害医学(电子版), 2012, 1(4):58-60.

[13] Jordan J E, Buchbinder R, Osborne R H. Conceptualising health literacy from the patient perspective[J]. Patient Educ Couns, 2010, 79(1):36-42.

[14] 孙浩林. 慢性病病人健康素养量表的研究及其初步应用[D]. 上海: 复旦大学, 2012.

[15] 庞建红. 持续非卧床腹膜透析患者自我管理量表的编制[D]. 苏州: 苏州大学, 2014.

[16] 王孟成, 邓俏文, 毕向阳, 等. 分类精确性指数 Entropy 在潜剖面分析中的表现: 一项蒙特卡罗模拟研究[J]. 心理学报, 2017, 49(11):1473-1482.

[17] 王孟成, 邓俏文, 毕向阳. 潜变量建模的贝叶斯方法[J]. 心理科学进展, 2017, 25(10):1682-1695.

[18] 崔会, 王春华, 张延红. 腹膜透析患者延续护理需求评估问卷的编制及信效度检验[J]. 护理学杂志, 2019, 34(17):41-44.

[19] 赵韵怡, 赖晓纯, 王纯, 等. 客观结构化临床考试用于腹膜透析患者培训的效果[J]. 护理学杂志, 2022, 37(13):5-8.

[20] Jain D, Sheth H, Green J A, et al. Health literacy in patients on maintenance peritoneal dialysis: prevalence and outcomes[J]. Perit Dial Int, 2015, 35(1):96-98.

[21] Huang Z, Fang J, Song A, et al. The association between self-management ability and malnutrition-inflammation-atherosclerosis syndrome in peritoneal dialysis patients: a cross-sectional study[J]. BMC Nephrol, 2021, 22(1):13.

[22] 石佳佳, 李贤, 高占红, 等. 157 所医院腹膜透析护士工作及培训现状调查[J]. 护理学杂志, 2021, 36(2):51-53.

[23] 向圣晓, 王姝, 田苗, 等. 脑卒中患者口腔健康素养现状及其影响因素分析[J]. 护理学杂志, 2021, 36(14):4-8.

[24] Komatsu S, Hara T, Hiratsuka M, et al. Association between conscientiousness and peritoneal dialysis-related peritonitis[J]. Nephrology (Carlton), 2021, 26(12):999-1006.

(本文编辑 丁迎春)

(上接第 9 页)

4 结论

实施基于赋权理论自我倡权干预方案能够提高患者的自我倡权和生活质量水平。但本研究样本仅来源于 1 所医院, 样本量较小且干预时间较短, 后期仍需开展大样本多中心研究, 以不断完善干预方案, 更好地帮助患者倡权。

参考文献:

[1] Hagan T L, Donovan H S. Self-advocacy and cancer: a concept analysis[J]. J Adv Nurs, 2013, 69(10):2348-2359.

[2] Schmidt E K, Faieta J, Tanner K. Scoping review of self-advocacy education interventions to improve care[J]. Thorfare N J, 2020, 40(1):50-56.

[3] Thomas T H, Donovan H S, Rosenzweig M Q, et al. A conceptual framework of self-advocacy in women with cancer[J]. ANS Adv Nurs Sci, 2021, 44(1):E1-E13.

[4] 李若琳, 刘宇, 王莹, 等. 乳腺癌患者化疗致周围神经病变症状及影响因素分析[J]. 护理学杂志, 2023, 38(17):39-43.

[5] 何丽, 胡露红, 褚彦香, 等. 乳腺癌患者化疗间歇期症状管理体验及需求的质性研究[J]. 护士进修杂志, 2023, 38(5):475-479.

[6] 郑粉善, 曹沛莹, 华兴龙, 等. 乳腺癌患者需求量表的编制及信效度检验[J]. 中华护理杂志, 2022, 57(4):469-475.

[7] 何丽, 胡露红, 崔金锐, 等. 乳腺癌化疗患者自我倡权能力现状及影响因素分析[J]. 中华护理杂志, 2023, 58(7):788-793.

[8] 赵芳芳, 王丽, 王晓丽, 等. 基于赋权理论的健康教育干预对胃癌化疗患者自我效能及自护能力的影响[J]. 齐

鲁护理杂志, 2023, 29(11):67-70.

[9] Hagan T L, Cohen S, Stone C, et al. Theoretical to tangible: creating a measure of self-advocacy for female cancer survivors[J]. J Nurs Meas, 2016, 24(3):428-441.

[10] 冯翎, 谭兰惠, 喻惠丹. 女性癌症幸存者自我倡权量表的汉化与信效度检验[J]. 护理研究, 2021, 35(3):377-381.

[11] Stewart-Amidei C. Functional Assessment of Cancer Therapy Scale[J]. J Neurosci Nurs, 1995, 27(4):219-220.

[12] 万崇华, 张冬梅, 汤学良, 等. 乳腺癌患者生活质量测定量表 FACT-B 中文版的修订[J]. 中国心理卫生杂志, 2003, 17(5):298-300.

[13] 段素伟, 龙爱芳, 豆静静, 等. 青年女性乳腺癌患者自我倡权现状及影响因素分析[J]. 中国实用护理杂志, 2023, 39(28):2218-2224.

[14] Sessums L L, Zembrzuska H, Jackson J L. Does this patient have medical decision-making capacity? [J]. JAMA, 2011, 306(4):420-427.

[15] 沈傲梅, 强万敏, 王盈, 等. 青年乳腺癌过渡期患者正念癌症康复干预研究[J]. 护理学杂志, 2020, 35(19):95-98.

[16] Matsuda A, Yamaoka K, Tango T, et al. Effectiveness of psycho educational support on quality of life in early stage breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials[J]. Qual Life Res, 2014, 23(1):21-30.

[17] Hagan T L, Gilbertson-White S, Cohen S M, et al. Symptom burden and self-advocacy: exploring the relationship among female cancer survivors[J]. Clin J Oncol Nurs, 2018, 22(1):E23-E30.

(本文编辑 丁迎春)