

食管癌术后患者支持性照护需求发展轨迹及预测因素分析

范艺禧^{1,2}, 赵莉^{1,2}, 罗文煜^{1,2}, 周金凤^{1,2}, 邱琳钰^{1,2}, 吴岫霏^{1,2}

摘要:目的 探讨食管癌术后患者支持性照护需求发展轨迹及潜在类别的预测因素。方法 对 156 例食管癌根治术患者采用一般资料调查表、食管癌手术患者出院后支持性照护需求量表、健康信息素养量表、领悟社会支持量表,于食管癌患者出院时及出院 1、3、6 个月时评估其支持性照护需求水平,应用潜类别增长模型识别需求发展轨迹,并采用无序多分类 logistic 回归分析不同发展轨迹类别的预测因素。结果 共识别出食管癌术后患者 3 种支持性照护需求发展轨迹:中需求快速下降组(15.4%)、中需求曲折下降组(30.8%)、高需求平缓下降组(53.8%)。logistic 回归分析结果显示,性别、年龄、家庭居住地、文化程度、健康信息素养、领悟社会支持影响食管癌术后患者的支持性照护需求发展轨迹(均 $P < 0.05$)。结论 食管癌术后患者出院 6 个月内支持性照护需求发展轨迹存在显著群体异质性,可识别出 3 种变化轨迹。医护人员应根据预测因素早期识别患者支持性照护需求,实施针对性、特异性的干预措施,以减少其未满足需求,改善其生活质量。

关键词:食管癌; 术后; 支持性照护需求; 发展轨迹; 健康信息素养; 领悟社会支持; 潜在类别; 预测因素

中图分类号:R473.73 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2024.22.037

Trajectory of supportive care needs and its predictors among postoperative esophageal cancer patients

Fan Yixi, Zhao Li, Luo Wenyu, Zhou Jinfeng, Qiu Linyu, Wu Xiufei. Nursing Department, Affiliated Hospital of North Sichuan Medical College, Nanchong 637000, China

Abstract: **Objective** To explore the trajectory of supportive care needs and its predictors among postoperative esophageal cancer patients. **Methods** General information questionnaire, the Supportive Care Needs Scale for Esophagectomy patients after Discharge (SCNS-ED), the Health Information Literacy Scale (HILS) and the Perceived Social Support Scale (PSSS) were used to assess the level of supportive care needs of 156 patients with radical esophageal cancer at the time of discharge and 1, 3, 6 months after the discharge, and then the latent growth curve model was applied to identify the trajectory of their supportive care needs, and the multinomial logistic regression was used to analyze its potential category predictors. **Results** Three trajectories of the supportive care needs were identified among postoperative esophageal cancer patients: a rapid decline in medium need group (15.4%), a zigzag decline in medium need group (30.8%), and a flat decline in high need group (53.8%). The results of the logistic regression analysis showed that, gender, age, family residence, educational background, the scores of HILS and PSSS were predictors of the trajectory of supportive care needs in postoperative esophageal cancer patients (all $P < 0.05$). **Conclusion** Significant group heterogeneity exists in the trajectories of supportive care needs development in postoperative esophageal cancer patients within 6 months after the discharge, and three trajectories of change can be identified. Medical staff should identify patients' supportive care needs early based on the predictors, and implement targeted and specific interventions to reduce their unmet needs, and improve their quality of life.

Keywords: esophageal cancer; postoperative; supportive care needs; trajectory; health information literacy; perceived social support; latent categories; predictors

食管癌是常见的消化系统恶性肿瘤之一,全球发病率和病死率分别位居恶性肿瘤的第 11 位和第 7 位^[1]。近年来,食管癌患者的平均住院日随着加速康复外科的开展不断缩短。据统计,我国食管癌手术患者的住院时间平均为 14.31 d^[2]。随着医学模式的转变与完善,医护人员不再仅仅关注疾病本身,而开始更多地关注患者整体的身心状况以及社会功能,满足患者疾病不同阶段的支持性照护需求。

支持性照护需求是指除医药、手术、放化疗等治疗干预措施外,癌症患者及家属在患者患病及治疗期间,为了更好地适应与应对疾病,管理疾病相关症状及不良反应,更有效地参与医疗相关决策制订,更充分地进行医患(护患)间沟通与交流,尽可能地减少疾病及治疗所造成的损害或影响,而需要的帮助和支持^[3]。研究显示,患者健康信息素养的高低会影响其对相关健康信息的需求程度^[4];同时,个体领悟到的社会支持越多,其应对疾病的方式就越积极,从而能有效满足其情感心理需求^[5]。目前,由于研究地域、研究对象以及研究工具的差异,影响支持性照护需求的相关因素尚无统一论,且大多数研究局限于横断面调查,而需求是随着疾病发展动态变化的。本研究拟追踪调查食管癌术后患者出院后支持性照护需求水平,运用潜类别增长模型(Latent Class

作者单位:1. 川北医学院附属医院护理部(四川 南充, 637000);2. 川北医学院护理学院

范艺禧:女,硕士在读,护士,237006987@qq.com

通信作者:赵莉,545667952@qq.com

科研项目:成渝双城经济圈现代护理职业教育联盟科研项目(2023CYLMY03)

收稿:2024-06-02;修回:2024-08-20

Growth Model, LCGM) 识别其纵向发展轨迹, 并分析不同轨迹类别的预测因素, 为识别重点干预群体并制订针对性干预措施提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 采用便利抽样法, 选取 2023 年 1—6 月川北医学院附属医院胸外科的食管癌根治术患者为调查对象。纳入标准: ①临床病理学检查确诊为食管恶性肿瘤; ②行手术治疗; ③预期生存时间 ≥ 6 个月; ④年龄 ≥ 18 岁; ⑤患者及家属知情同意, 自愿参与本研究。排除标准: ①病情危重, 处于持续监护或人工生命支持阶段; ②有精神疾病、意识障碍或认知功能障碍; ③不能理解或回答问题者。脱落标准: ①失访或中途退出研究; ②患者死亡。采用纵向研究单组重复测量资料计算公式 $n = [1 + (k - 1)\rho]\sigma^2(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 / k\delta^2$, 根据预试验 ($n = 20$) 结果, ρ (组内相关系数) 为 0.497, 以出院时 (T1) 食管癌根治术后患者的支持性照护需求样本标准差代替总体标准差 σ 为 9.08, 规定容许误差 δ 为标准差的 0.2 倍即 2.216, k 为测量次数, 即 $k = 4$, $Z_{\alpha/2} = 1.96$, $Z_{\beta} = 0.84$, 考虑 15%~20% 的失访率, 最终确定本研究样本量为 97~103 例。实际完成随访 156 例, 男 116 例, 女 40 例; 年龄 46~82 (65.99 $\pm$ 7.72) 岁, 其中 46~ <60 岁 41 例, 60~ <70 岁 66 例, 70~82 岁 49 例; 病理分型为鳞癌 145 例, 腺癌及其他 11 例; 肿瘤位于食管上段 7 例, 中段 109 例, 下段 40 例; 肿瘤分期为 I 期 40 例, II 期 48 例, III 期 56 例, IV 期 12 例; 有淋巴结转移 48 例; 有吸烟史 88 例; 饮酒史 65 例; 胸腹腔镜联合手术 152 例, 开胸手术 4 例。本研究经医院伦理委员会审查 (2023ER297-1)。

1.2 调查工具

1.2.1 一般资料调查表 由研究者自行设计, 包括性别、年龄、婚姻状况、家庭居住地、目前居住方式、文化程度、职业、工作状况、家庭人均月收入、医疗费用支付方式、吸烟史、饮酒史、手术方式、病理分型、肿瘤部位、肿瘤分期、是否出现淋巴结转移。

1.2.2 食管癌手术患者出院后支持性照护需求量表 由乔瑶等^[6]于 2019 年编制, 量表包括生理需求 (15 个条目)、信息需求 (16 个条目)、情感/心理需求 (12 个条目)、社会需求 (6 个条目) 4 个维度, 共 49 个条目。各条目采用 Likert 5 级计分法, 1 分代表“不需要 (不存在此问题)”, 5 分代表“非常需要帮助”。总分按公式 $(N - m) \times 100 / [m \times (k - 1)]$ 转化为 0~100 的标准化得分, 其中 N 为量表某维度各条目得分之和, m 为该维度含有的条目数, k 为条目的选项最高分。按照量表划分标准, >67 分为高需求水平。分数越高表示食管癌手术患者出院后的支持性照护需求程度越高。该量表总 Cronbach's α 系数为 0.971, 本研究测得 Cronbach's α 系数为 0.782。

1.2.3 健康信息素养量表 由王辅之等^[7]编制, 包括健康信息获取 (12 个条目)、健康信息评价 (5 个条目)、健康信息道德 (4 个条目)、健康信息应用 (4 个条目) 及健康信息认知 (4 个条目) 5 个维度, 共 29 个条目。各条目采用 Likert 5 级计分法, 1 分代表“非常差”, 5 分代表“非常好”。总分 29~145 分, 得分越高, 则其健康信息素养水平越高。该量表总 Cronbach's α 系数为 0.847, 本研究中测得 Cronbach's α 系数为 0.903。

1.2.4 领悟社会支持量表 Zimet 等^[8]开发完成, 姜乾金^[9]在此基础上进行翻译修订。共 12 个条目, 包括家庭支持 (4 个条目)、朋友支持 (4 个条目)、其他支持 (4 个条目) 3 个维度。条目采用 Likert 7 级评分法, 1 分代表“极不同意”, 7 分代表“极同意”。总分为 12~84 分, 分数越高反映个体自我感受到的社会支持水平越高。领悟社会支持得分在 12~36 分为低支持水平, 37~60 分为中等支持水平, 61~84 分为高支持水平。该量表 Cronbach's α 系数 0.93, 本研究中测得 Cronbach's α 系数为 0.892。

1.3 资料收集方法 按照《食管癌诊疗指南 (2022 年版)》^[10]推荐的食管癌患者随访规律, 本研究选择患者出院时 (T1)、出院 1 个月 (T2)、出院 3 个月 (T3)、出院 6 个月 (T4) 调查支持性照护需求, 于出院时调查患者健康信息素养及领悟社会支持。一般资料调查表由研究者通过询问患者和查阅病历资料填写, 在患者住院期间与患者及家属建立良好的关系, 出院前与患者本人及其家属沟通, 取得患者及家属的知情同意并留下联系方式, 并告知患者后续调查时间 (在患者返院复查时)。调查过程采用统一的指导语, 调查结束后按照统一的评分标准计算各量表得分。所有资料经双人核查后录入计算机。

1.4 统计学方法 采用 SPSS25.0 和 Mplus8.3 软件进行数据统计分析与处理。使用 LCGM 进行潜类别增长模型建模, 类别数从“1”开始并逐渐增加个数。综合评价后选择最佳模型。模型拟合指标包括赤池信息标准 (AIC)、贝叶斯信息标准 (BIC) 与样本校正 BIC (aBIC)、熵 (Entropy)、罗-梦戴尔-鲁本校正似比 (LMR)、Bootstrap 的似然比 (BLRT)。一般 AIC、BIC 和 aBIC 值越低, 说明模型拟合越好; 熵代表模型分类准确性, 范围为 0~1, 当 >0.8 时表示模型准确性可接受; LMR 检验及 BLRT 检验是潜类别分类最常用也是最敏感的模型拟合检验, 当 k 个类别的 LCGM 模型中 LMR 检验或 BLRT 检验 $P < 0.05$ 时, 则认为 k 个潜类别模型较优, 反之则认为 $k-1$ 个类别更优。对数据进一步进行统计描述, 计量资料用四分位数描述, 不同时间点组间比较用 Friedman 检验, 单因素分析采用 χ^2 检验、Fisher 精确概率法和 Kruskal-Wallis H 检验, 多因素分析采用无序多分类 logistic 回归分析, 检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 食管癌术后患者随访完成情况 本研究首次调查患者 173 例,最终共有 156 例完成全程 6 个月的随访,随访率为 90.17%。失访 17 例:1 例死亡,10 例无法取得联系,6 例自动退出本研究。

2.2 食管癌术后患者不同时间点支持性照护需求得分 患者 T1~T4 支持性照护需求得分分别为 67.35 (64.80,69.90)分、60.66(53.06,64.71)分、44.39 (30.59,48.47)分、30.87(26.53,34.56)分。4 个时间点的支持性照护需求总分比较,差异有统计学意义($\chi^2=468.000,P<0.001$)。4 个时间点两两比较差异有统计学意义(均 $P<0.001$)。

表 1 食管癌术后患者支持性照护需求发展轨迹 LCGM 模型拟合结果 (n=156)

类别	AIC	BIC	aBIC	Entropy	LMR(P)	BLRT(P)	类别概率
1	4 353.937	4 372.236	4 353.244				
2	4 149.498	4 176.947	4 148.459	0.916	0.063	<0.001	0.468/0.532
3	4 124.450	4 161.048	4 123.064	0.941	<0.001	<0.001	0.154/0.308/0.538
4	4 070.143	4 115.891	4 068.411	0.928	0.057	<0.001	0.154/0.154/0.397/0.295
5	4 057.306	4 112.203	4 055.228	0.921	0.148	<0.001	0.038/0.301/0.346/0.168/0.147

2.3.2 潜在类别命名 从 4 个时间点支持性照护需求总分的拟合模型可以发现,存在 3 条明显不同的发展变化曲线,即群体异质性的体现,见图 1。根据 3 条发展轨迹对应的不同时间点患者支持性照护需求得分的变化特征及下降速率,分别对其进行命名:①第 1 条曲线(C1)显示,84 例(53.8%)患者起始支持性照护需求得分均值为 70.18 分,处于高需求水平,且在 4 个时间点均值始终高于另外两组类别的患者,而在 T4 时支持性照护需求得分仍处于中需求水平范围,将其命名为高需求平缓下降组。②第 2 条曲线(C2)显示,48 例(30.8%)患者起始支持性照护需求得分均值为 64.18 分,处于中需求水平,且 T1 至 T2 段下降速度缓慢,T2 至 T3 段下降速度明显快于另外两组类别,而 T3 至 T4 段下降速度又趋于平缓,将其命名为中需求曲折下降组。③第 3 条曲线(C3)显示,24 例(15.4%)患者起始支持性照护需求得分均值为 65.99 分,处于中需求水平,且 T1 至 T4 曲线呈现快速下降趋势,将其命名为中需求快速下降组。

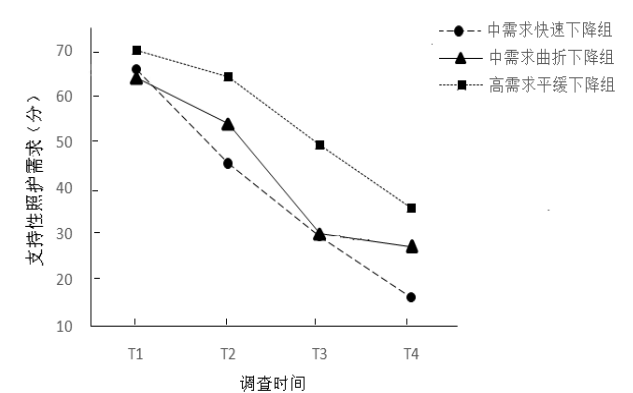


图 1 食管癌术后患者支持性照护需求轨迹类别

2.3 食管癌术后患者支持性照护需求发展轨迹的潜在类别及特征

2.3.1 潜在类别分析 应用 LCGM 对食管癌术后患者 T1~T4 时间点的支持性照护需求水平进行潜在类别分析,依次提取了 1~5 个类别。当提取的类别个数从 1 增加到 5 时,AIC、BIC、aBIC 逐渐减小,熵值在 3 个类别时达到最高,且 LMR-LRT 值与 BLRT 值达到显著水平(均 $P<0.05$),当潜在类别个数继续增加至 4 个和 5 个时,虽然 AIC、BIC、aBIC 均减小,但 LMR 值不显著(均 $P>0.05$),见表 1。综上分析,最终确定 3 个潜在类别模型的数据拟合结果为最佳。

2.4 不同人口学特征患者支持性照护需求发展轨迹比较 单因素分析结果显示,不同手术方式、病理分型、肿瘤部位、肿瘤分期以及是否有淋巴结转移、吸烟史、饮酒史患者支持性照护需求轨迹类别分布比较,差异无统计学意义(均 $P>0.05$),差异有统计学意义的项目,见表 2。

2.5 患者支持性照护需求轨迹类别的多因素分析 将支持性照护需求轨迹类别作为因变量(C1、C2、C3 分别赋值 1、2、3),选择单因素分析中有统计学意义的项目作为自变量行 logistic 回归分析。经 Hosmer-Lemeshow 检验,C3 vs. C1 $\chi^2=3.150,P=0.925$;C2 vs. C1 $\chi^2=13.519,P=0.495$,差异无统计学意义,表示模型拟合度良好。结果显示,性别(以女性为参照)、年龄(以 70~82 岁为参照)、家庭居住地(以农村为参照)、文化程度(以小学及以下为参照)、健康信息素养(原值输入)、领悟社会支持(原值输入)为食管癌术后患者支持性照护需求轨迹的影响因素,见表 3。

3 讨论

3.1 食管癌术后患者支持性照护需求较高 本研究结果显示,食管癌术后患者随着疾病转归,支持性照护需求水平总体呈下降趋势,但在出院时及出院 1、3、6 个月的支持性照护需求得分均高于淋巴瘤幸存患者的支持性照护需求^[11],原因可能是食管癌手术的特殊性,患者术后消化道重建,进食后仍可能会出现异物感、哽噎感、胃牵拉感、饥饿快、腹泻等胃肠道不适反应;部分患者术后仍需进行放化疗等一系列治疗措施,导致其食管黏膜极易损伤,引发食管炎,出现恶心、食欲下降、胃内容物反流等并发症^[12]。提示临床医护人员应根据异质性轨迹类别结果,及时评估并满足患者各阶段所存在的支持性照护需求:①指导患者

预防、早期识别术后并发症;②帮助患者正确选择饮食种类、合理安排进餐时间以及如何进行饮食种类的过渡;③指导患者进行呼吸功能锻炼,帮助咳嗽咳痰;做好健康宣教,帮助患者建立正确的疾病认知,提升其希望水平;鼓励患者表达内心感受,适当进行情绪宣泄,减少负性情绪困扰,从而尽可能地满足其支持性照护需求,达到提高生活质量的目的。

3.2 食管癌术后患者支持性照护需求发展轨迹存在3种潜在类别 本研究采用 LCGM,对食管癌术后患者 4 个时间点的支持性照护需求数据进行模型拟合,最终确定了 3 个类别的支持性照护需求发展轨迹。根据其轨迹变化特征及起始值分别命名为高需求平缓下降组、中需求曲折下降组、中需求快速下降组,由此证明食管癌术后患者支持性照护需求存在差异。其中,53.8%的患者属于高需求平缓下降组,即患者

起始支持性照护需求得分均值处于高需求水平,且在 4 个时间点均值始终高于另外两组类别的患者,而在出院 6 个月(T4)时支持性照护需求得分仍处于中需求水平;30.8%的患者属于中需求曲折下降组,即患者起始支持性照护需求得分均值处于中需求水平,且从出院时(T1)至出院 6 月(T4)曲线呈现曲折下降趋势;15.4%的患者属于中需求快速下降组,即患者起始支持性照护需求得分均值处于中需求水平,且从出院时(T1)至出院 6 月(T4)曲线呈现快速下降趋势。因此,医护人员应重点关注高需求平缓下降组的患者,甄别影响其支持性照护需求水平的因素,了解患者在疾病恢复过程中优先次序问题,制订针对性的干预措施,合理利用医疗照护资源,减少患者未满足的需求。

表 2 不同类别人群支持性照护需求变化轨迹的单因素分析

项目	例数	中需求快速下降组(C3)(n=24)	中需求曲折下降组(C2)(n=48)	高需求平缓下降组(C1)(n=84)	统计量	P
性别[例(%)]					$\chi^2=18.448$	<0.001
男	116	18(15.5)	46(39.7)	52(44.8)		
女	40	6(15.0)	2(5.0)	32(80.0)		
年龄[例(%)]					$\chi^2=34.442$	<0.001
46~<60 岁	41	16(39.0)	17(41.5)	8(19.5)		
60~<70 岁	66	5(7.5)	24(36.4)	37(56.1)		
70~82 岁	49	3(6.1)	7(14.3)	39(79.6)		
婚姻状况[例(%)]					$\chi^2=11.725$	<0.001
已婚	140	23(16.4)	48(34.3)	69(49.3)		
未婚、离异或丧偶	16	1(6.2)	0(0)	15(93.8)		
家庭居住地[例(%)]					$\chi^2=34.629$	<0.001
农村	91	2(2.2)	26(28.6)	63(69.2)		
城镇	65	22(33.8)	22(33.8)	21(32.4)		
目前居住方式[例(%)]					$\chi^2=26.051$	<0.001
与配偶同住	61	15(24.6)	28(45.9)	18(29.5)		
与配偶和子女同住	68	5(7.4)	17(25.0)	46(67.6)		
其他(独居、与父母同住)	27	4(14.8)	3(11.1)	20(74.1)		
文化程度[例(%)]					$\chi^2=31.168$	<0.001
小学及以下	111	8(7.2)	29(26.1)	74(66.7)		
初中及以上	45	16(35.6)	19(42.2)	10(22.2)		
职业[例(%)]					$\chi^2=44.926$	<0.001
农民	108	5(4.7)	28(25.9)	75(69.4)		
工人及其他	48	19(39.5)	20(41.7)	9(18.8)		
工作状况[例(%)]					$\chi^2=32.437$	<0.001
在职	27	13(48.1)	10(37.1)	4(14.8)		
不在职	129	11(8.5)	38(29.5)	80(62.0)		
家庭人均月收入[例(%)]					$\chi^2=52.818$	<0.001
<2 000 元	23	0(0)	4(17.4)	19(82.6)		
2 000~<3 000 元	74	1(1.4)	21(28.4)	52(70.2)		
3 000~<4 000 元	44	14(31.8)	19(43.2)	11(25.0)		
≥4 000 元	15	9(60.0)	4(26.7)	2(13.3)		
医疗费用支付方式[例(%)]					$\chi^2=28.694$	<0.001
城乡居民医保	135	13(9.6)	41(30.4)	81(60.0)		
城镇职工医保	21	11(52.4)	7(33.3)	3(14.3)		
健康信息素养[分, $M(P_{25},P_{75})$]		103.5(98.0,107.0)	99.5(96.0,103.5)	89.0(85.5,98.0)	$Hc=41.983$	<0.001
领悟社会支持[分, $M(P_{25},P_{75})$]		52.0(50.0,53.0)	49.5(47.0,53.0)	47.0(44.0,49.0)	$Hc=45.430$	<0.001

3.3 食管癌术后患者支持性照护需求发展轨迹的影响因素

3.3.1 性别 本研究结果显示,男性患者更易进入中

需求曲折下降组,出现概率是女性的 17.159 倍($P<0.05$)。原因可能是女性情感更为细腻,对疾病预后及注意事项考虑较多,往往较男性产生更多的心理需求,

且在疾病恢复过程中,支持性照护需求更不容易下降,与 Lou 等^[13] 研究结果相似。提示医护人员应及时针对支持性照护需求水平高的女性患者给予心理疏导,鼓励其表达内心真实感受,帮助其建立正确疾病认知,提升希望水平。

表 3 食管癌术后患者支持性照护需求发展轨迹的 logistic 回归分析

变量	β	SE	Wald χ^2	P	OR	95%CI
C3 vs. C1						
常数项	0.377	1.143	0.109	0.742		
年龄 46~<60 岁	1.927	0.882	4.774	0.029	6.871	1.219~38.715
家庭居住地城镇	2.069	0.885	5.471	0.019	3.126	2.349~5.316
文化程度初中及以上	2.355	0.854	7.609	0.006	2.095	1.523~4.258
健康信息素养	0.235	0.084	7.809	0.005	1.264	1.073~1.491
领悟社会支持	0.322	0.125	6.601	0.010	1.380	1.079~1.765
C2 vs. C1						
常数项	3.411	1.072	10.125	0.001		
性别男	2.842	0.824	11.904	0.001	17.159	3.414~86.248
年龄						
46~<60 岁	2.595	0.729	12.667	<0.001	13.394	3.209~55.909
60~<70 岁	1.228	0.517	5.639	0.018	3.415	1.239~9.409
文化程度初中及以上	1.384	0.691	6.228	0.011	3.955	1.143~6.718
健康信息素养	0.143	0.062	5.263	0.022	1.154	1.021~1.304
领悟社会支持	0.429	0.107	15.901	<0.001	1.535	1.244~1.895

注:均以 C1 为对照。

3.3.2 年龄 本研究结果显示,相较于年龄 70~82 岁的患者,年龄 46~<60 岁的患者更易进入中需求快速下降组与中需求曲折下降组,年龄 60~<70 岁的患者更易进入中需求曲折下降组。原因可能是年龄较大的患者由于疾病影响以及手术治疗引起身体功能下降,自身对疾病的负荷能力减退,出现并发症的风险远高于年轻患者,症状感知相比年轻患者也更为明显,故需得到更多的支持性照护,且年轻患者更易获取疾病治疗、康复方面的信息,在疾病恢复过程中,支持性照护需求水平下降速度快于年龄较大患者,与周晓明等^[14]、Lyu 等^[15] 研究结果相似,但与 Damen 等^[16] 研究结果相反,其认为年轻患者因承担着更多家庭和社会责任,疾病会给她带来更重的心理负担,故而支持性照护需求水平高于年长患者。本研究结果提示,医护人员应做好年长患者及其家属的疾病健康教育,指导其术后疾病的自我管理,包括饮食指导以及早期识别并发症等,帮助其减少症状困扰,满足支持性照护需求,提高患者的生活质量。

3.3.3 家庭居住地 本研究结果显示,家庭居住地为城镇的患者更易进入中需求快速下降组,出现概率是农村患者的 3.126 倍($P<0.05$)。原因可能是我国目前尚存在医疗资源不足且分布不均衡的情况,农村患者对大医院医疗资源的可及性差于城镇患者,可获取的医疗卫生服务资源相对有限,获取健康信息的途径较为单一,更需得到来自医护人员的支持性照护,与 Bore 等^[17]、Wang 等^[18] 研究结果相似。提示医护

人员应充分发挥互联网移动通信软件的优势作用,如建立微信群、微信公众平台,及时了解患者的术后恢复情况,加强农村地区患者的院外随访工作,为农村患者提供便捷的延续护理服务。

3.3.4 文化程度 本研究结果显示,文化程度为初中及以上的患者更易进入中需求快速下降组与中需求曲折下降组,出现概率分别是小学及以下患者的 2.095 倍、3.955 倍(均 $P<0.05$)。原因可能是文化程度低的患者获取健康信息渠道单一,对疾病相关知识理解能力较弱,当自身处于疾病应激状态时,不能像文化程度高的患者通过主动获取相关信息来进行自我调适,与 Bellas 等^[19]、黄艳艳^[20] 的研究结果相似,但与曲玉新^[21] 的研究结果相反,后者研究结果显示,患者的文化程度与支持性照护需求水平呈正相关,即文化程度高的患者所存在的未满足支持性照护需求越多。其认为,文化程度高的患者倾向于主动探索自身疾病相关知识,对症状管理及并发症预防方面有较多的需求。本研究结果提示医护人员应着重关注文化程度低的患者,及时识别其在疾病不同阶段的支持性照护需求,用通俗易懂的方式进行疾病知识健康教育,鼓励患者与具有相同患病经历的同伴进行交流,使患者尽可能获取健康信息,满足其支持性照护需求。

3.3.5 健康信息素养 本研究结果显示,健康信息素养水平越高的患者更易进入中需求快速下降组与中需求曲折下降组(均 $P<0.05$)。原因可能是健康信息素养水平高的患者能及时意识到自身存在的健康信息需求,有主动查找健康信息的意愿,并通过可能的信息来源来检索相关信息,能理解并使用这些信息做出合理的健康决策,从而更有效地在医护人员的指导下实现自身疾病管理,与 Crawford-Williams 等^[22] 研究结果相似。提示医护人员应评估患者对健康信息的理解和掌握程度,根据健康信息素养水平的高低,针对性地制订干预方案,帮助患者判别信息的可靠性,同时可借助微信、微博、抖音拍摄通俗易懂的科普视频,指导患者预防并发症、管理自身疾病,从而最大程度地满足其自身需求。

3.3.6 领悟社会支持 本研究结果显示,领悟社会支持水平越高的患者更易进入中需求快速下降组与中需求曲折下降组(均 $P<0.05$)。原因可能是领悟社会支持水平高的患者能感受到更多的来自家庭、朋友以及同事给予的支持和关怀,意味着患者与家人、朋友或同事之间的亲密度较高,彼此有较好的情感沟通,有利于增加患者的心理资源,促进患者维持良好的情绪状态^[23],提高患者应对疾病的信心。研究显示,在患者面临压力的早期阶段,提高患者的领悟社会支持水平会更有效^[24]。提示医护人员应对患者家属采取同步教育方式,保证患者在出院后能从家属的家庭护理中获取医疗方面的支持;鼓励患者及家属共

同商讨护理计划,提高患者参与感,促进患者领悟来自医护人员的社会支持;出院前面对面护理,出院后利用线上互联网平台,以多元护理形式帮助患者获取疾病管理相关资料,感知社会支持。

4 结论

本研究采用纵向研究设计,应用 LCGM 识别出食管癌术后患者 3 类潜在的支持性照护需求发展轨迹,性别、年龄、家庭居住地、文化程度、健康信息素养、领悟社会支持能影响食管癌术后患者的支持性照护需求轨迹类别,应依据预测因素制订并实施针对性的干预措施,以减少其未满足需求,改善其生活质量。本研究的局限性:①纳入的研究对象仅为 1 所三级甲等医院患者,可能存在一定选择偏倚;②仅随访食管癌患者出院 6 个月内的支持性照护需求水平,且仅纳入术后患者,样本量较少,后续可纳入不同治疗方式的食管癌患者,扩大样本量,延长随访时间,可能会发现更多的潜在类别,深化临床医护人员对支持性照护需求发展轨迹类别的认识,从而为制订出精准的干预措施提供参考和依据。

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] Ren J Y, Zhong J D, Yuan J, et al. Unmet supportive care needs and associated factors among Chinese discharged patients with esophageal cancer after esophagectomy: a cross-sectional study[J]. Eur J Oncol Nurs, 2020, 46: 101767.

[3] Fitch M I. Providing supportive care for individuals living with cancer[M]. Toronto: Ontario Cancer Treatment and Research Foundation, 1994: 23.

[4] Wang Z X, Fan Y Y, Lv H K, et al. The gap between self-rated health information literacy and internet health information-seeking ability for patients with chronic diseases in rural communities: cross-sectional study[J]. J Med Internet Res, 2022, 24(1): e26308-e26308.

[5] 朱明元, 鲁才红, 林婉婷, 等. 领悟社会支持在恶性肿瘤患者性格优势与应对方式间的中介效应[J]. 护理学杂志, 2023, 38(8): 87-90, 94.

[6] 乔瑶, 朱小芳, 徐剑鸥, 等. 食管癌手术病人出院后支持性照护需求量表的编制及信效度检验[J]. 护理研究, 2020, 34(7): 1165-1169.

[7] 王辅之, 罗爱静, 谢文照, 等. 健康信息素养自评量表的编制及其信效度检验[J]. 中国现代医学杂志, 2013, 23(30): 89-93.

[8] Zimet G D, Powell S S, Farley G K, et al. Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support[J]. J Pers Assess, 1990, 55(3-4): 610-617.

[9] 姜乾金. 领悟社会支持量表[J]. 中国行为医学科学, 2001, 10(10): 41-43.

[10] 中华人民共和国国家卫生健康委员会医政医管局. 食管癌诊疗指南(2022 年版)[J]. 中华消化外科杂志, 2022, 21(10): 1247-1268.

[11] 陈靖娴, 闫星宇, 盛智琼, 等. 淋巴瘤幸存者支持性照护需求的混合研究[J]. 护理学杂志, 2023, 38(12): 97-101.

[12] Wang X, Liu X, Gu Z, et al. Experiences and requirements in nutritional management of patients with esophageal cancer: a systematic review and qualitative meta-synthesis[J]. Support Care Cancer, 2023, 31(12): 633.

[13] Lou Y, Yates P, Chan R J, et al. Unmet supportive care needs and associated factors: a cross-sectional survey of Chinese cancer survivors[J]. J Cancer Educ, 2021, 36(6): 1219-1229.

[14] 周晓明, 邓先余. 基于 Andersen 行为模型的消化道肿瘤患者支持性照顾需求现状及影响因素分析[J]. 消化肿瘤杂志(电子版), 2020, 12(1): 84-90.

[15] Lyu J X, Yin L, Cheng P, et al. Reliability and validity of the mandarin version of the Supportive Care Needs Survey Short-Form (SCNS-SF34) and the Head and Neck Cancer Specific Supportive Care Needs (SCNS-HNC) module[J]. BMC Health Serv Res, 2020, 20(1): 956.

[16] Damen M D C, Westerweel P E, Levin M D, et al. Unmet supportive care needs, anxiety and depression in haematology patients during watch-and-wait[J]. Psychooncology, 2022, 31(2): 176-184.

[17] Bore M G, Dadi A F, Ahmed K Y, et al. Unmet supportive care needs among cancer patients in Sub-Saharan African countries: a mixed method systematic review and meta-analysis[J]. J Pain Symptom Manage, 2024, 67(3): e211-e227.

[18] Wang S X, Li Y, Zhang E, et al. Trajectory patterns and influencing factors of supportive care needs in Chinese elderly breast cancer patients[J]. Support Care Cancer, 2023, 31(10): 558.

[19] Bellas O, Kemp E, Edney L, et al. The impacts of unmet supportive care needs of cancer survivors in Australia: a qualitative systematic review[J]. Eur J Cancer Care (Engl), 2022, 31(6): e13726.

[20] 黄艳艳. 直肠癌保肛术出院患者支持性照顾需求现状及雨课堂平台下健康教育的初探[D]. 遵义: 遵义医科大学, 2020.

[21] 曲玉新. 基于 KANO 模型的宫颈癌患者支持性照顾需求调查分析[D]. 济南: 山东大学, 2021.

[22] Crawford-Williams F, Goodwin B C, Chambers S K, et al. Information needs and preferences among rural cancer survivors in Queensland, Australia: a qualitative examination[J]. Aust NZ J Public Health, 2022, 46(1): 81-86.

[23] 吴松燕, 肖月, 刘美霞, 等. 慢性阻塞性肺疾病患者积极性与疾病感知、领悟社会支持的相关性分析[J]. 护理实践与研究, 2023, 20(3): 330-335.

[24] Zee K S, Bolger N. Visible and invisible social support: how, why, and when[J]. Curr Direct Psychol Sci, 2019, 28(3): 314-20.