

# 专科延续跟进式赋能教育对膀胱癌根治术患者癌症复发恐惧及健康行为的影响\*

蔡杨萍,白静,任宝明,马文军,李洁,曹彩姑,靳楠,周雪玲

陕西省西安市第三医院,陕西西安 710021

**摘要:**目的 探讨专科延续跟进式赋能教育对膀胱癌根治术患者癌症复发恐惧及健康行为的影响。方法 选取 2019 年 1 月至 2022 年 1 月该院诊治的 88 例膀胱癌根治术患者作为研究对象,随机分为观察组和对照组,每组 44 例。对照组采用常规延续性护理干预,观察组在对照组基础上采用专科延续跟进式赋能教育干预,比较两组自我效能量表(GSES)、癌症患者恐惧疾病进展简化量表(FoP-Q-SF)、健康促进生活方式量表(HPLS-II)、医学应对问卷(MCMQ)、癌症患者生活质量评价问卷(QLQ-C30)评分。结果 干预后,观察组 GSES 各维度评分高于对照组( $P < 0.05$ );干预后,观察组 FoP-Q-SF 各维度评分低于对照组( $P < 0.05$ );干预后,观察组 HPLS-II 各维度评分高于对照组( $P < 0.05$ );干预后,观察组 MCMQ 各维度评分优于对照组( $P < 0.05$ );干预后,观察组 QLQ-C30 各维度评分高于对照组( $P < 0.05$ )。结论 专科延续跟进式赋能教育可显著提高膀胱癌根治术患者的自我效能,降低癌症复发恐惧感,改善健康行为和应对方式,进而提高生活质量。

**关键词:**膀胱癌根治术; 赋能教育; 癌症; 复发; 恐惧; 健康行为

**中图分类号:**R473.73

**文献标志码:**A

**文章编号:**1672-9455(2023)13-1950-04

膀胱癌是全球第十大常见癌症,据估计,2018 年全球新发膀胱癌病例 54 万例,死亡病例 20 万例<sup>[1]</sup>。目前,膀胱癌根治术是浸润性膀胱癌的标准治疗方法。有学者指出,膀胱癌根治术是一项高度复杂的手术,接受该方案的 >75 岁患者和年轻患者发生围术期并发症和不良预后的风险较高<sup>[2-3]</sup>。此外,行膀胱癌根治术后,患者 5 年总生存率仅为 60%<sup>[4]</sup>。有研究表明,传统护理干预模式单一,且不能调动膀胱癌根治术患者的主观能动性,因而患者的健康行为和应对方式较差<sup>[5-6]</sup>。赋能教育指通过激活患者对恢复健康的内在动力源,提高患者的自我效能和促进健康行为,进而使疾病得到改善的教育方式。有学者指出,赋能教育已广泛用于急性胰腺炎、抑郁症、糖尿病、癌症等疾病的护理干预,且取得了显著效果<sup>[7-8]</sup>。本研究采用专科延续跟进式赋能教育对膀胱癌根治术患者进行护理干预,探讨了该方法对患者癌症复发恐惧、健康行为、生活质量等的影响,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2019 年 1 月至 2022 年 1 月本院诊治的 88 例膀胱癌根治术患者作为研究对象。纳入标准:符合膀胱癌诊断标准<sup>[9]</sup>;接受膀胱癌根治术治疗;年龄 >18 岁。排除标准:严重意识障碍者;不配合者;初中以下文化程度者。将研究对象随机分为观察组和对照组,每组 44 例。观察组年龄 47~75 岁,平均(58.73±3.51)岁;男 26 例,女 18 例;文化程度:初中 8 例,高中及中专 25 例,大专及以上 11 例。对照组年龄 48~75 岁,平均(59.18±3.42)岁;男 23

例,女 21 例;文化程度:初中 9 例,高中及中专 23 例,大专及以上 12 例。两组一般资料比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。本研究经医院伦理委员会审核,患者知情并签署同意书。

**1.2 方法** 对照组采用常规延续性护理干预:术前进行疾病宣传和肠道准备,术后进行饮食控制、营养支持、胃肠功能锻炼、心理辅导,并指导患者进行围术期护理、并发症处理、造口护理等。指导患者出院后的用药和自我护理,嘱咐患者定期复诊。观察组在对照组的基础上采用专科延续跟进式赋能教育干预。(1)膀胱癌知识赋能教育:①确立问题,收集患者的基本资料,如一般资料、疾病知识、治疗情况、心理状态和日常生活习惯等,并为每一例患者建立个人档案,根据患者的具体情况制订针对性的知识赋能教育计划。②强化情感,增强患者对膀胱癌根治术后护理方面的自我管理信念。引导患者合理宣泄负面情绪,并鼓励患者理性分析问题。鼓励患者家属参与患者的健康行为管理,使患者得到家庭的支持,增强恢复信心。③行为引导,引导患者根据实际情况确立短期和长期目标,并督促患者根据目标规范行为习惯。确立胃肠功能训练具体操作步骤,包括推腹、肠道按摩、穴位按摩等,直至排气。(2)复诊专科延续跟进式赋能教育。通过电话回访的方式通知患者到门诊部进行复诊,每 4 周到医院复诊 1 次,内容包括:①耐心倾听患者遇到的问题以及患者自我思考、自我解决的过程,并根据患者的健康行为和应对能力调整适宜的健康教育和功能锻炼方案。②询问患者病情和膀胱癌

\* 基金项目:陕西省重点研发计划项目(S2022-YF-YBSF-0874)。

护理知识掌握情况,并及时给予赋能肯定,以强化患者战胜疾病的信心。③帮助患者养成良好的生活习惯,制订每天饮水量、排尿次数及食谱等计划,并指导患者家属对患者进行监督。④定期进行膀胱镜检查 and 抗癌药物膀胱灌注,防止复发。⑤对健康行为较差的患者进行一对一指导,纠正不良行为习惯,并让患者意识到健康的生活习惯对健康改善的益处。护理第 20 周后复诊完成时,当场发放电子问卷评估患者的自我效能、癌症复发恐惧、健康行为、应对方式和生活质量。

**1.3 观察指标** (1)自我效能:采用自我效能量表(GSES)<sup>[10]</sup>进行评估,该量表有饮食选择、社交信心、性生活信心、体力劳动、活力信心、自我护理 6 个维度,每个维度 1~10 分,得分越高表明自我效能越高。6~15 分为自信心很低,>15~30 分为自信心偏低,>30~45 分为自信心较高,>45~60 分为自信心非常高。(2)癌症复发恐惧:采用癌症患者恐惧疾病进展简化量表(FoP-Q-SF)<sup>[11]</sup>进行评估,该量表有生活健康(6 个条目)、社会家庭(6 个条目)两个维度,采用 5 级评分(1~5 分),其 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.910,评分越高表明恐惧水平越高,总分>34 分为患者恐惧疾病进展的心理功能失衡的分界值点。(3)健康行为:采用健康促进生活方式量表(HPLS-II)<sup>[12]</sup>进行评估,该量表有自我实现(9 个条目)、人际关系(9

个条目)、体育运动(8 个条目)、健康职责(9 个条目)、营养(9 个条目)、压力处理(8 个条目)6 个维度,采用 4 级(1~4 分)评分,其 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.941,评分越高表明健康行为越佳。52~90 分表示健康促进行为较差,>90~129 分为一般,>129~169 分为良好,>169~208 分为较优。(4)应对方式:采用医学应对问卷(MCMQ)<sup>[13]</sup>进行评估,该问卷有面对(8 个条目)、回避(7 个条目)、屈服(5 个条目)3 个维度,采用 4 级(1~4 分)评分,面对维度反向计分,其 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.850,面对得分越高表明应对能力越好,屈服和回避得分越高表明应对能力越差。(5)生活质量。采用癌症患者生活质量评价问卷(QLQ-C30)<sup>[14]</sup>进行评估。该量表有躯体功能、角色功能、情绪功能、认知功能、社会功能 5 个维度,每个维度满分为 100 分,>60 分表示健康状况良好,其 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.914,评分越高表明生活质量越高。

**1.4 统计学处理** 采用 SPSS20.0 统计软件分析数据。计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验;符合正态分布的计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,两组间比较采用 *t* 检验。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

**2 结 果**

**2.1 两组干预前后自我效能比较** 干预后,观察组 GSES 各维度评分均高于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组干预前后自我效能比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	n	饮食选择		社交信心		性生活信心	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	44	5.93±1.63	7.54±1.22	3.92±0.91	5.40±1.11	2.11±0.53	3.52±0.61
对照组	44	6.01±1.58	6.73±1.15	4.09±0.86	4.76±0.97	2.02±0.55	2.88±0.57
<i>t</i>		0.234	3.205	0.901	2.880	0.782	5.085
<i>P</i>		0.816	0.002	0.370	0.005	0.437	<0.001

  

组别	n	体力劳动		活力信心		自我护理	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	44	2.55±0.58	3.86±0.73	3.25±0.64	4.40±0.82	3.05±0.53	4.47±0.86
对照组	44	2.47±0.53	3.31±0.6	3.16±0.66	3.76±0.62	2.91±0.58	3.50±0.69
<i>t</i>		0.675	3.861	0.649	4.130	1.182	5.836
<i>P</i>		0.501	<0.001	0.518	<0.001	0.240	<0.001

**2.2 两组干预前后癌症复发恐惧比较** 干预后,观察组 FoP-Q-SF 各维度评分均低于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 2。

**2.3 两组干预前后健康行为比较** 干预后,观察组 HPLS-II 各维度评分均高于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 3。

**2.4 两组干预前后应对方式比较** 干预后,观察组 MCMQ 各维度评分均优于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 4。

表 2 两组干预前后癌症复发恐惧比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	n	生活健康		社会家庭	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	44	19.66±2.14	17.26±1.66	19.25±2.23	16.10±1.94
对照组	44	19.93±2.20	18.53±1.80	19.67±2.29	18.35±2.03
<i>t</i>		0.584	3.440	0.872	5.315
<i>P</i>		0.561	0.001	0.386	<0.001

**2.5 两组干预前后生活质量比较** 干预后,观察组 QLQ-

C30 各维度评分均高于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 5。

表 3 两组干预前后健康行为比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	n	自我实现		人际关系		体育运动	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	44	16.33±3.76	25.36±4.59	16.83±3.34	26.18±4.77	14.06±1.88	18.20±3.22
对照组	44	17.20±3.22	21.05±4.11	16.25±3.06	22.75±4.53	14.44±1.92	16.27±3.01
t		1.166	4.640	0.849	3.459	0.938	2.904
P		0.247	<0.001	0.398	0.001	0.351	0.005

  

组别	n	健康职责		营养		压力处理	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	44	16.79±3.35	25.63±4.88	17.31±3.11	26.85±4.55	15.76±3.22	20.91±3.85
对照组	44	17.00±3.08	21.14±4.25	17.02±3.24	23.57±4.20	15.12±3.40	18.48±3.60
t		0.306	4.602	0.428	3.514	0.907	3.058
P		0.760	<0.001	0.669	0.001	0.367	0.003

表 4 两组干预前后应对方式比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	n	屈服		回避		面对	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	44	17.22±3.08	10.85±2.61	11.16±2.53	7.65±1.96	13.60±3.01	22.31±4.17
对照组	44	17.55±3.30	13.54±2.93	11.00±2.30	9.51±2.12	13.88±3.22	18.52±3.76
t		0.485	4.547	0.310	4.273	0.421	4.477
P		0.629	<0.001	0.757	<0.001	0.675	<0.001

表 5 两组干预前后生活质量比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	n	躯体功能		角色功能		情绪功能		认知功能		社会功能	
		干预前	干预后								
观察组	44	50.21±6.26	69.38±7.90	56.82±7.23	76.84±8.17	49.77±6.55	66.15±7.70	54.61±6.57	75.86±8.42	46.44±5.87	60.76±7.11
对照组	44	51.17±6.03	60.16±7.10	57.16±7.05	68.24±8.95	50.12±6.43	57.61±7.29	55.30±6.09	63.92±7.56	46.95±6.13	56.42±6.38
t		0.733	5.758	0.223	4.707	0.253	5.342	0.511	6.999	0.399	3.014
P		0.466	<0.001	0.824	<0.001	0.801	<0.001	0.611	<0.001	0.691	0.003

### 3 讨 论

**3.1 膀胱癌根治术后患者现状** 以往的研究表明,膀胱癌根治术后患者并发症发生率较高,为 50%~69%<sup>[15]</sup>。膀胱癌根治术后机体对饮食控制的要求较高,且患者多为合并胃肠蠕动功能减退的老年患者,故患者行为控制的实施有利于减轻胃肠功能紊乱症状,维持营养水平稳定,降低术后并发症发生率。目前,多数护理研究的目的不明确,且缺乏一定的主动性,未能延续实施干预,无法达到理想的护理效果<sup>[16-17]</sup>。

**3.2 延续跟进式赋能教育对膀胱癌根治术患者自我效能的影响** 以往的研究表明,延续跟进式赋能教育可激发患者的内在动力,主动开展健康行为,并参与持续性功能训练,有利于管理术后不良事件<sup>[18]</sup>。专科延续跟进式赋能教育通过在医院内实施膀胱癌知识赋能教育,复诊时持续实施跟进式赋能教育,可满足

膀胱癌根治术患者不同程度的心理变化和相应需求。本研究中,观察组干预后 GSES 各维度评分均高于对照组,提示专科延续跟进式赋能教育可显著提升患者的自我效能。分析原因:通过引导患者根据实际情况确立短期和长期目标,并督促患者根据目标规范行为习惯,及时给予赋能肯定,显著提升患者信心,进而显著提高患者的自我效能。

**3.3 延续跟进式赋能教育对膀胱癌根治术患者癌症复发恐惧的影响** 由于膀胱癌根治术后病死率和并发症发生率较高,患者对癌症复发的恐惧度较高,不利于患者术后功能训练及快速康复<sup>[19]</sup>。本研究中,干预后观察组生活健康、社会家庭评分均低于对照组,提示专科延续跟进式赋能教育可显著降低患者对癌症复发的恐惧感。分析原因:通过术前对患者进行膀胱癌知识赋能教育,术后让患者宣泄负面情绪,并引导患者理性分析问题,积极进行康复训练和规范行

为,使患者脱离恐惧状态,进而显著降低癌症复发恐惧感。

**3.4 延续跟进式赋能教育对膀胱癌根治术患者健康行为和应对方式的影响** 以往的研究表明,膀胱癌多与吸烟、长期接触致癌物、长期进食大量人工甜味剂等不良行为有关<sup>[20]</sup>。本研究中,干预后观察组 HPLS-II 各维度评分均高于对照组,提示专科延续跟进式赋能教育可显著改善健康行为。专科延续跟进式赋能教育通过给予患者手术前后以及出院后健康指导和营养指导,并鼓励患者家属参与患者的健康行为管理,使患者得到家庭的支持,因而观察组健康行为明显改善。干预后观察组 MCMQ 各维度评分均优于对照组,提示专科延续跟进式赋能教育可显著改善应对方式。分析原因:专科延续跟进式赋能教育确立并逐步实现目标,并通过鼓励病友分享日常生活经验,使患者以积极的方式面对疾病。

**3.5 延续跟进式赋能教育对膀胱癌根治术患者生活质量的影响** 由于膀胱癌根治术可能会使患者丧失一部分膀胱储尿功能,且经常伴胃肠道及电解质紊乱等并发症,患者术后的生活质量普遍偏低<sup>[21]</sup>。本研究中,干预后观察组 QLQ-C30 各维度评分均高于对照组,提示专科延续跟进式赋能教育可显著提高患者的生活质量。分析原因:专科延续跟进式赋能教育及时了解患者病情,提高患者的自我效能,改善健康行为和应对方式,同时配合良好的饮食习惯,大大提高了患者的生活质量。

综上所述,专科延续跟进式赋能教育可显著提高膀胱癌根治术患者的自我效能,降低癌症复发恐惧,改善健康行为和应对方式,进而提高生活质量。但本研究具有一定的局限性,未纳入初中以下文化程度患者,可能会对结果造成一定的偏倚,后续可进一步纳入研究进行验证。

## 参考文献

- [1] SUNG H, FERLAY J, SIEGEL R L, et al. Global cancer statistics 2020; GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA Cancer J Clin, 2021, 71(3): 209-249.
- [2] ORNAGHI P I, AFFERI L, ANTONELLI A, et al. The impact of preoperative nutritional status on post-surgical complication and mortality rates in patients undergoing radical cystectomy for bladder cancer: a systematic review of the literature[J]. World J Urol, 2021, 39(4): 1045-1081.
- [3] 杜跃林, 游成宇, 王辉, 等. 机器人辅助腹腔镜膀胱癌根治术后不同尿流改道围手术期及术后并发症的 Meta 分析[J]. 现代泌尿外科杂志, 2021, 26(8): 678-684.
- [4] LENIS A T, LEC P M, CHAMIE K, et al. Bladder cancer: a review[J]. JAMA, 2020, 324(19): 1980-1991.
- [5] 刘忠梅, 王海燕. IMB 模型护理干预在膀胱癌根治术患者中的应用价值[J]. 皖南医学院学报, 2021, 40(2): 198-201.
- [6] 高俊平, 王静, 高凯霞, 等. 胃肠综合训练对老年膀胱癌根治术后患者胃肠功能恢复的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2020, 42(11): 1014-1017.
- [7] 王志敏, 何佩仪, 杜萍. 专科护理门诊延续跟进式赋能教育对鼻咽癌放疗患者康复的影响[J]. 中国护理管理, 2020, 20(1): 107-111.
- [8] 张娜, 陈海勤, 蒋娟芬, 等. 赋能教育模式在抑郁症患者中的应用效果评价[J]. 护理管理杂志, 2021, 21(6): 451-456.
- [9] POWLES T, BELLMUNT J, COMPERAT E, et al. Bladder cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up[J]. Ann Oncol, 2022, 33(3): 244-258.
- [10] 汪和美, 张颖, 楼妍, 等. 中文版癌症自我效能评估量表信效度的测量[J]. 中华护理杂志, 2012, 47(4): 337-338.
- [11] 吴奇云, 叶志霞, 李丽, 等. 癌症患者恐惧疾病进展简化量表的汉化及信效度分析[J]. 中华护理杂志, 2015, 50(12): 1515-1519.
- [12] 曹文君, 郭颖, 平卫伟, 等. HPLP-II 健康促进生活方式量表中文版的研制及其性能测试[J]. 中华疾病控制杂志, 2016, 20(3): 286-289.
- [13] 沈晓红, 姜乾金. 医学应对方式问卷中文版 701 例测试报告[J]. 中国行为医学科学, 2000, 9(1): 18-20.
- [14] 石军梅, 王晓翔, 刘英, 等. EORTC QLQ-C30 量表应用于胃癌术后化疗患者的信效度检验[J]. 河北医科大学学报, 2015, 36(4): 448-451.
- [15] GSCHWEND J E, HECK M M, LEHMANN J, et al. Extended versus limited lymph node dissection in bladder cancer patients undergoing radical cystectomy: survival results from a prospective, randomized trial[J]. EuroUrol, 2019, 75(4): 604-611.
- [16] 袁媛, 王雅楠, 陈静静, 等. 短期应用心理支持疗法改善老年膀胱癌根治术输尿管腹壁造口患者病耻感的效果研究[J]. 国际老年医学杂志, 2020, 41(4): 252-255.
- [17] 艾攀, 高建东, 吴安石, 等. 围术期加速康复外科策略在腹腔镜膀胱癌根治术麻醉管理中的应用[J]. 临床麻醉学杂志, 2019, 35(5): 458-461.
- [18] 黄家丽, 陶艳, 秦宇, 等. 延续跟进式赋能教育对乳腺癌术后高危淋巴水肿患者的应用效果[J]. 中国临床保健杂志, 2021, 24(2): 233-237.
- [19] 王小平, 何芳, 祝凡, 等. 膀胱癌术后患者恐惧疾病进展现状及影响因素研究[J]. 护理学杂志, 2019, 34(2): 52-55.
- [20] 王熠, 冯蕾, 沈诗悦, 等. 烟草使用与膀胱癌发生发展关系及机制的研究进展[J]. 现代肿瘤医学, 2021, 29(4): 692-697.
- [21] 李丹娜, 王俊, 杨明莹, 等. 膀胱癌根治性切除输尿管皮肤造口术尿路造口患者术后生命质量影响因素[J]. 昆明医科大学学报, 2020, 41(9): 67-71.