

doi: 10.3969/j.issn.1674-1242.2025.02.018

基于赋能理论的行为转变护理对肿瘤内科老年患者症状困扰、心理韧性及应对方式的影响

杨云凤

(蚌埠市第三人民医院肿瘤内科, 安徽蚌埠 233000)

【摘要】目的 探讨基于赋能理论的行为转变护理对肿瘤内科老年患者症状困扰、心理韧性及应对方式的影响。**方法** 选取 2021 年 1 月至 2024 年 4 月在蚌埠市第三人民医院肿瘤内科住院的 80 例老年患者, 使用随机数字表法将患者随机均分为对照组和观察组, 每组 40 例。对照组给予常规护理, 观察组在此基础上实施基于赋能理论的行为转变护理。两组干预时间均为 3 个月。观察并比较两组患者干预前后症状困扰 (MSAS 评分)、心理韧性 (CD-RISC 评分) 及应对方式 (MCMQ 评分) 的变化。**结果** 干预后, 两组患者的症状困扰评分均较干预前显著降低 [对照组 (1.22±0.16) 分 vs (2.15±0.38) 分; 观察组 (0.78±0.09) 分 vs (2.13±0.42) 分, $P<0.001$], 观察组的总困扰指数、身体症状及心理症状评分均显著低于对照组 [分别为 (0.78±0.09) 分 vs (1.22±0.16) 分、(1.08±0.14) 分 vs (1.66±0.21) 分、(0.92±0.12) 分 vs (1.54±0.21) 分, $P<0.001$]。心理韧性方面, 观察组的乐观性、坚韧性及力量性评分均显著高于对照组 [分别为 (13.45±1.87) 分 vs (11.62±1.59) 分、(35.85±4.96) 分 vs (32.06±4.45) 分、(25.72±3.55) 分 vs (22.35±3.09) 分, $P<0.001$]。应对方式方面, 观察组的面对评分显著高于对照组 [(16.24±2.24) 分 vs (13.73±1.89) 分, $P<0.001$], 回避和屈服评分显著低于对照组 [分别为 (14.03±1.94) 分 vs (17.45±2.42) 分、(10.16±1.41) 分 vs (14.02±1.94) 分, $P<0.001$]。**结论** 基于赋能理论的行为转变护理可有效缓解肿瘤内科老年患者的症状困扰, 提升其心理韧性, 并促进其积极应对方式的形成。

【关键词】 赋能理论; 行为转变护理; 肿瘤老年患者; 症状困扰; 心理韧性; 应对方式

【中图分类号】 R473.71

【文献标志码】 A

文章编号: 1674-1242 (2025) 02-0240-08

Effects of Empowerment Theory-Based Behavioral Transformation Nursing on Symptom Distress, Psychological Resilience and Coping Styles in Elderly Oncology Patients

YANG Yunfeng

(Department of Medical Oncology, The Third People's Hospital of Bengbu, Bengbu, Anhui 233000, China)

【Abstract】Objective To investigate the effects of empowerment theory-based behavioral transformation nursing on symptom distress, psychological resilience, and coping styles in elderly oncology patients. **Methods** Eighty elderly patients hospitalized in the oncology department of The Third People's Hospital of Bengbu from January with internal 2021 to April 2024 were selected. With SPSS software to generate a random number table, patients were randomly

收稿日期: 2025-02-13。

作者简介: 杨云凤 (1994—), 女, 安徽蚌埠人, 大专生, 护师, 研究方向: 肿瘤内科护理; 电话 (Tel.): 13855294831; 邮箱 (E-mail): 18755269844@163.com; 通信地址: 蚌埠市胜利中路 38 号, 蚌埠市第三人民医院肿瘤内科。

divided into a control group and an observation group in a 1:1 ratio, with 40 cases in each group. The control group received routine nursing care, while the observation group received additional empowerment theory-based behavioral change transformation intervention on top of routine care. The intervention period was 3 months for both groups. The changes in symptom distress (MSAS score), psychological resilience (CD-RISC score), and coping styles (MCMQ score) were observed and compared between the two groups before and after intervention. **Results** After intervention, symptom distress scores in both groups decreased significantly compared with pre-intervention [control group (2.15 ± 0.38) points vs (1.22 ± 0.16) points; observation group (2.13 ± 0.42) points vs (0.78 ± 0.09) points, both $P < 0.001$]. The observation group showed significantly lower scores in total distress index [(0.78 ± 0.09) points vs (1.22 ± 0.16) points], physical symptoms [(1.08 ± 0.14) points vs (1.66 ± 0.21) points], and psychological symptoms [(0.92 ± 0.12) points vs (1.54 ± 0.21) points] compared with the control group (all $P < 0.001$). Regarding psychological resilience, the observation group demonstrated significantly higher scores in optimism [(13.45 ± 1.87) points vs (11.62 ± 1.59) points], tenacity [(35.85 ± 4.96) points vs (32.06 ± 4.45) points], and strength [(25.72 ± 3.55) points vs (22.35 ± 3.09) points] compared with the control group (all $P < 0.001$). In terms of coping styles, the observation group showed significantly higher scores in confrontation [(16.24 ± 2.24) points vs (13.73 ± 1.89) points, $P < 0.001$] and significantly lower scores in avoidance [(14.03 ± 1.94) points vs (17.45 ± 2.42) points] and submission [(10.16 ± 1.41) points vs (14.02 ± 1.94) points] compared with the control group (all $P < 0.001$). **Conclusion** Empowerment theory-based behavioral transformation nursing can effectively alleviate symptom distress, enhance psychological resilience, and promote the formation of positive coping styles in elderly oncology patients.

【 Key words 】 Empowerment Theory; Behavioral transformation Nursing; Elderly Oncology Patients; Symptom Distress; Psychological Resilience; Coping Styles

0 引言

赋能理论 (Empowerment Theory) 是一种强调个体自主性与能力提升的健康管理理念, 广泛应用于慢性病管理和健康促进领域。该理论认为, 赋予个体必要的知识、技能和支持, 可增强其自我效能感, 促进其健康行为的形成和维持^[1-2]。在护理实践中, 基于赋能理论的干预措施不仅关注患者的生理需求, 更强调其心理适应能力和主动应对能力, 从而提高其健康管理能力和生活质量。行为转变 (Behavior Transformation) 是赋能理论在健康照护领域的重要实践方向, 在慢性疾病和肿瘤护理中尤为关键^[3-4]。对肿瘤患者而言, 疾病过程漫长且复杂, 治疗期间常伴随疼痛、疲乏、恶心等症状困扰, 同时心理压力显著增大, 可能导致焦虑、抑郁等负面情绪。传统护理模式往往侧重于疾病管理, 而较少关注患者的主动性和适应能力, 可能导致患者依从性不足、负性应对方式增加。基于赋能理论的行为

转变护理则通过知识赋能、技能赋能、心理赋能等多维度干预措施, 提高患者的自我管理能力和提升其心理韧性, 使其能更积极、有效地应对疾病带来的挑战。老年患者由于生理机能下降、社会支持减弱及应对能力较弱, 更容易受到症状困扰的影响, 导致生活质量下降。因此, 如何基于赋能理论优化护理模式, 以减轻老年肿瘤患者的症状困扰、提升其心理韧性并促进其积极应对方式的形成, 成为亟待解决的问题。本研究以赋能理论为指导, 构建并实施行为转变护理方案, 探讨其对肿瘤内科老年患者症状困扰、心理韧性及应对方式的影响, 为改善老年肿瘤患者的护理管理提供科学依据。本研究的创新之处在于: ①将赋能理论与行为转变护理相结合, 构建了适合老年肿瘤患者的整体护理方案; ②设计了知识赋能、技能赋能、心理赋能等多维度干预措施, 并通过行为监督与强化确保干预效果; ③全面评估干预对患者症状困扰、心理韧性及应对方式的

影响,为评价护理效果提供了多角度的量化指标。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2021年1月至2024年4月在本院肿瘤内科住院治疗的80例老年患者,采用随机数字表法将其分为对照组和观察组,每组各40例。两组患者的一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。对照组:男23例,女17例;年龄61~78岁,平均年龄(69.24 ± 5.83)岁;肿瘤类型包括肺癌15例、胃癌8例、结直肠癌7例、肝癌6例、其他4例;TNM分期包括Ⅱ期13例、Ⅲ期18例、Ⅳ期9例。观察组:男21例,女19例;年龄62~79岁,平均年龄(68.95 ± 5.76)岁;肿瘤类型包括肺癌14例、胃癌9例、结直肠癌8例、肝癌5例、其他4例;TNM分期包括Ⅱ期12例、Ⅲ期19例、Ⅳ期9例。

纳入标准:①年龄 ≥ 60 岁;②经病理学或细胞学诊断,确诊为恶性肿瘤;③预期生存期 >6 个月;④意识清晰,能够理解和配合本研究;⑤患者知情同意。排除标准:①合并其他严重器质性疾病(如严重心、肝、肾功能不全)影响研究干预效果者;②伴有认知功能障碍或精神疾病者;③既往接受过类似行为干预措施者;④资料不全或失访风险较高者。本研究已获得蚌埠市第三人民医院伦理委员会批准。

1.2 各组护理方案

1.2.1 对照组(干预时间为3个月)

对照组给予常规护理方案,包括以下内容。

(1)健康宣教:向患者及家属讲解疾病相关知识、治疗方案和注意事项。

(2)基础护理:定期测量生命体征,进行管道护理,指导营养饮食,协助日常活动。

(3)用药指导:详细讲解用药时间、方法、剂量及注意事项。

(4)并发症预防:密切观察患者病情变化,预防和及时处理不良反应。

(5)出院指导:制订出院计划,告知患者复查时间,指导居家护理要点。

1.2.2 观察组(干预时间为3个月)

在对照组的基础上,观察组实施基于赋能理论

的行为转变护理方案。

(1)赋能评估:在患者入院48小时内对其进行全面评估,了解患者的症状困扰程度、心理状态、应对能力、社会支持系统及自我管理能力。根据评估结果制订个性化赋能计划。

(2)知识赋能:建立微信交流群,定期推送疾病相关知识;通过在线基础教学,讲解症状管理策略、自我监测方法;制作图文并茂的健康手册,方便患者随时查阅。

(3)技能赋能:指导症状自我管理技巧,如疼痛评估、不适症状记录;培训放松技巧,包括呼吸放松法、渐进性肌肉放松法等;教授情绪调节方法,如认知重构、正念冥想等;演示并指导患者掌握康复锻炼方法。

(4)心理赋能:建立互助小组,促进患者间的经验交流;分享成功经验;及时肯定患者的进步,增强其自信心;引导家属参与支持,优化家庭支持系统。

(5)行为监督与强化:协助患者循序渐进地实现管理目标,建立症状日记,记录自我管理情况;定期进行评估和反馈,及时调整赋能计划;对达成目标的患者给予精神鼓励和适当的奖励。

1.2.3 质量控制措施

为确保研究的规范性和可靠性,采取如下质量控制措施。

(1)对参与研究的护理人员进行统一培训,内容包括赋能理论、护理技术和评估方法。

(2)制定标准操作手册和检查清单,规范干预流程。

(3)设立质量控制小组,定期进行过程监控和现场督导。

(4)采用双人核查制度进行数据采集和管理,确保数据真实可靠。

(5)严格执行知情同意和隐私保护等伦理要求。

1.3 观察指标

1.3.1 症状困扰程度

采用症状困扰量表(Memorial Symptom Assessment Scale, MSAS)^[5]评估患者干预前及干预后(干预3个月)的症状困扰程度。该量表包含32个条目,

从总困扰指数、身体症状和心理症状三个维度进行评估。每个维度采用0~4分计分法,分数越高,表明症状困扰程度越严重。

1.3.2 心理韧性

在干预前及干预后(干预3个月),采用心理韧力量表(Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC)^[6],从乐观性(总分16分)、坚韧性(总分52分)和力量性(总分32分)三个维度评价患者的心理韧性。各维度得分越高,表明患者心理韧性越好。

1.3.3 应对方式

在干预前与干预后(干预3个月),使用医学应对问卷(Medical Coping Modes Questionnaire, MCMQ)^[7]评估患者的应对方式。该问卷共包含20个条目,从面对(总分24分)、回避(总分28分)和屈服(总分20分)三个维度进行评估。其中8个条目采用反向计分,每个条目按1~4级评分。面对维度得分越高,表明积极应对能力越强;回避和屈服维度得分越低,表明消极应对倾向越小。

1.4 统计分析

使用SPSS 25.0统计软件进行数据分析。采用Shapiro-Wilk检验评估数据的正态性分布。计量资料经正态性检验后,符合正态分布的数据以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用独立样本 t 检验,组内比较采用配对 t 检验;不符合正态分布的数据以中位数(四分位间距)[$M(Q1, Q3)$]表示,组间比较采用Mann-Whitney U检验,组内比较采用Wilcoxon符号秩检验。计数资料以例数和百分比[$n(\%)$]表示,组间比较采用 χ^2 检验。检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组症状困扰程度得分比较

两组患者在干预前的总困扰指数、身体症状及心理症状评分无显著差异($P>0.05$)。干预后,两组患者在各维度的评分相比干预前均明显下降($P<0.001$)。此外,观察组干预后的总困扰指数、身体症状及心理症状评分均显著低于对照组($P<0.001$)。具体数据如表1所示。

2.2 两组心理韧性得分比较

表1 两组干预前后症状困扰程度得分比较($\bar{x}\pm s$,分)

Tab. 1 Comparison of symptom distress scores between two groups before and after intervention ($\bar{x}\pm s$, scores)

组别	例数/例	总困扰指数		t 值	P 值
		干预前	干预后		
对照组	40	2.15±0.38	1.22±0.16	10.161	<0.001
观察组	40	2.13±0.42	0.78±0.09	15.075	<0.001
t 值		0.223	15.159		
P 值		0.824	<0.001		
组别	例数/例	身体症状		t 值	P 值
		干预前	干预后		
对照组	40	3.28±0.46	1.66±0.21	16.492	<0.001
观察组	40	3.25±0.44	1.08±0.14	20.723	<0.001
t 值		0.298	14.534		
P 值		0.766	<0.001		
组别	例数/例	心理症状		t 值	P 值
		干预前	干预后		
对照组	40	2.95±0.35	1.54±0.21	14.535	<0.001
观察组	40	2.97±0.39	0.92±0.12	19.017	<0.001
t 值		0.241	16.212		
P 值		0.810	<0.001		

干预前，两组患者在乐观性、坚韧性和力量性三个维度的评分无显著差异 ($P>0.05$)。干预后，对照组在乐观性和坚韧性两个维度的评分显著提高 ($P<0.001$)，力量性维度的评分也有所提高 ($P<0.05$)。观察组在所有维度的评分均较干预前明显提高 ($P<0.001$)。组间比较结果显示，观察组干预后的各维度评分均显著高于对照组 ($P<0.001$)。具体数据如表 2 所示。

2.3 两组应对方式得分比较

干预前，两组患者在面对、回避和屈服三个维度的评分无显著差异 ($P>0.05$)。干预后，两组在面对维度的评分均明显提高 ($P<0.001$)，在回避和屈服维度的评分均显著下降 ($P<0.001$)。组间比较结果显示，观察组干预后在面对维度的评分显著高于对照组，在回避和屈服维度的评分则显著低于对照组 ($P<0.001$)。具体数据如表 3 所示。

3 讨论

基于赋能理论的行为转变护理干预在肿瘤内科老年患者中的应用建立在深厚的理论基础之上^[8-9]。

赋能理论强调通过激发个体潜能、培养自主能力实现行为改变，这与老年肿瘤患者的护理需求高度契合。研究发现，该干预模式主要通过三个关键路径发挥作用^[10]：首先，通过系统的健康教育和技能培训，提升患者对疾病的认知水平和自我管理能力；其次，通过建立个性化的症状评估和管理方案，让患者积极参与治疗决策过程；最后，通过提供持续的心理支持和行为指导，强化患者的自我效能感。

症状困扰是影响肿瘤患者生活质量的重要因素，包括身体症状（如疼痛、恶心、失眠）和心理症状（如焦虑、抑郁）。本研究结果显示，干预后观察组的总困扰指数、身体症状和心理症状评分均显著低于对照组 ($P<0.001$)，提示基于赋能理论的行为转变护理在改善肿瘤患者症状困扰方面具有积极作用。既往研究表明，症状管理的有效性不仅取决于医疗干预，还与患者的自我管理能力密切相关^[11]。本研究通过知识赋能提高患者对疾病的认知，使其能够更准确地识别症状及其诱因，从而减少信息不足导致的不适感。同时，技能赋能可以使

表 2 两组干预前后心理韧性得分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)
Tab. 2 Comparison of psychological resilience scores between two groups before and after intervention ($\bar{x}\pm s$, scores)

组别	例数 / 例	乐观性		t 值	P 值
		干预前	干预后		
对照组	40	9.13±1.20	11.62±1.59	7.107	<0.001
观察组	40	9.08±1.24	13.45±1.87	12.479	<0.001
t 值		0.183	4.715		
P 值		0.855	<0.001		
组别	例数 / 例	坚韧性		t 值	P 值
		干预前	干预后		
对照组	40	26.78±3.71	32.06±4.45	5.011	<0.001
观察组	40	27.04±3.73	35.85±4.96	7.802	<0.001
t 值		0.313	3.597		
P 值		0.755	<0.001		
组别	例数 / 例	力量性		t 值	P 值
		干预前	干预后		
对照组	40	20.54±2.84	22.35±3.09	2.432	0.017
观察组	40	20.15±2.79	25.72±3.55	7.686	<0.001
t 值		0.620	4.529		
P 值		0.537	<0.001		

表3 两组应对方式得分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)
Tab. 3 Comparison of medical coping scores between two groups ($\bar{x} \pm s$, scores)

组别	例数 / 例	面对		t 值	P 值
		干预前	干预后		
对照组	40	10.75±1.48	13.73±1.89	5.977	<0.001
观察组	40	11.06±1.52	16.24±2.24	11.178	<0.001
t 值		0.924	5.416		
P 值		0.358	<0.001		
组别	例数 / 例	回避		t 值	P 值
		干预前	干预后		
对照组	40	20.32±2.81	17.45±2.42	6.117	<0.001
观察组	40	20.08±2.77	14.03±1.94	12.174	<0.001
t 值		0.385	6.974		
P 值		0.702	<0.001		
组别	例数 / 例	屈服		t 值	P 值
		干预前	干预后		
对照组	40	16.35±2.26	14.02±1.94	5.063	<0.001
观察组	40	16.57±2.28	10.16±1.41	12.628	<0.001
t 值		0.433	10.079		
P 值		0.666	<0.001		

患者掌握疼痛管理、呼吸放松、渐进性肌肉放松等自我调节方法,提高其应对症状的能力。此外,行为监督与强化促进了患者自我管理行为的持续性,减少了症状困扰的发生。因此,建议在肿瘤护理中推广个性化赋能护理模式,尤其是在症状管理方面,应针对不同症状困扰程度的患者制定相应的干预策略。例如,对于疼痛程度较高的患者,可加强疼痛管理教育,并结合心理支持,以降低其疼痛感知;对于失眠严重的患者,可重点干预其睡眠习惯,并结合放松训练提高其睡眠质量。

心理韧性是个体在面对压力或逆境时保持心理平衡、积极应对的能力,在肿瘤患者中尤为重要^[12]。本研究发现,干预后观察组在乐观性、坚韧性和力量性三个维度的心理韧性评分均显著高于对照组 ($P<0.001$),说明行为转变护理对患者的心理韧性具有明显的提升作用。已有研究表明,赋能干预能够通过增强患者的心理适应能力,提高其面对疾病挑战的信心^[13]。本研究中采用的心理赋能措施,包括患者互助小组的建立、情绪调节技巧的培训(如

认知重构、正念冥想)等,有助于减少患者的无助感,提高其应对疾病的信心。同时,通过知识赋能和技能赋能,患者能够更好地理解自身病情,从而降低由于不确定性引发的焦虑和恐惧。鉴于心理韧性对肿瘤患者长期康复的积极作用,建议在临床护理中建立多层次的心理支持体系。例如,定期开展患者经验交流会,以增强患者的社会支持感;结合数字健康工具,如手机 App 或微信小程序,提供在线心理健康支持服务,以满足不同患者的个性化需求。

本研究采用医学应对问卷(Medical Coping Modes Questionnaire, MCMQ)评估患者的应对方式。研究结果显示,干预后观察组在面对维度的评分显著高于对照组 ($P<0.001$),在回避和屈服维度的评分则显著低于对照组 ($P<0.001$)。这表明,基于赋能理论的行为转变护理不仅鼓励患者主动面对疾病,还能减少其消极回避和屈服的行为,从而优化其应对策略。积极的应对方式能够提高患者的治疗依从性,并减弱负性情绪的影响^[14]。本研究中采用的行为监督与强化措施,如建立症状日记、设

定阶段性管理目标等,可以帮助患者在护理干预过程中获得成就感,进而增强其面对疾病的动力。此外,通过赋能教育提高患者的健康素养,使其更有能力主动管理自身的健康,而非被动接受治疗。可见,临床护理实践应重视对患者个体化应对策略的培养。例如,对于倾向于回避问题的患者,可通过目标设定和阶段性反馈鼓励其逐步提高疾病管理的主动性;对于屈服型患者,则可重点加强社会支持网络的构建,如提高家庭成员的参与度,以提高患者的决策能力和自主性。

尽管本研究取得了积极的结果,但仍存在以下几个局限:①随访时间仅为3个月,无法评估干预的长期效果;②作为单中心研究,样本量相对有限,且可能存在地域和人群选择的局限性;③研究对象仅限于能够配合完成问卷的患者,可能存在选择偏倚;④未能完全控制患者接受的其他社会支持等混杂因素的影响。针对这些局限,建议未来研究:①开展多中心、大样本的随机对照研究,提高结果的可推广性;②延长随访时间至6~12个月,评估干预的持续效果;③拓展研究人群,纳入不同疾病分期和功能状态的患者;④探索将数字化手段与传统干预手段相结合的新模式,提高干预的可及性;⑤开展成本效果分析,评估干预方案的经济学价值。上述建议有助于进一步完善基于赋能理论的行为转变护理,为临床实践提供更有力的循证依据。

综上所述,基于赋能理论的行为转变护理可有效改善老年肿瘤患者的症状困扰,提高心理韧性,并促进积极应对方式的形成。本研究为优化肿瘤护理提供了新的思路,未来应在更大规模的人群中验证该护理模式的效果,并探索其在不同肿瘤类型和不同护理阶段的应用,为个体化护理干预提供更有力的循证依据。基于本研究结果,建议在临床实践中:①建立分层症状评估和管理体系,开发标准化症状日记模板;②构建院内心理支持团队,成立患者互助小组,加强家属培训;③制定循序渐进的行为目标,利用移动医疗平台提高患者依从

性。这些措施有助于提高护理干预的实效性和可持续性。

参考文献

- [1] 陈梅兰,张丽丹.以赋能理论为框架的多维护理对腹腔镜肾上腺肿瘤切除术病人应激反应及恢复的影响[J].**全科护理**,2022,20(1):62-65.
CHEN Meilan, ZHANG Lidan. Effects of multi-dimensional nursing based on empowerment theory framework on stress response and recovery in patients undergoing laparoscopic adrenal tumor resection[J]. **Chinese General Practice Nursing**, 2022, 20(1): 62-65.
- [2] 叶梦梦,叶梦雷,耿蒙慧,等.基于时机理论的赋能教育对妇科恶性肿瘤患者心理情绪和健康行为的影响[J].**中国妇幼保健**,2024,39(11):2094-2097.
YE Mengmeng, YE Menglei, GENG Menghui, et al. Effects of empowerment education based on timing theory on psychological emotions and health behaviors in patients with gynecological malignancies[J]. **Maternal and Child Health Care of China**, 2024, 39(11): 2094-2097.
- [3] 江宁宁.基于行为转变理论的护理在骨肿瘤化疗患者中的应用[J].**中华现代护理杂志**,2019,25(28):3673-3676.
JIANG Ningning. Application of nursing care based on behavior change theory in bone tumor chemotherapy patients[J]. **Chinese Journal of Modern Nursing**, 2019, 25(28): 3673-3676.
- [4] 谈雯雯,姚欢欢,丁美荣,等.基于行为转变理论的护理干预对骨肿瘤患者疼痛情况、自护能力、心境状态及生存质量的影响[J].**临床医学研究与实践**,2023,8(1):137-139.
TAN Wenwen, YAO Huanhuan, DING Meirong, et al. Effects of nursing intervention based on behavior change theory on pain status, self-care ability, mood state and quality of life in bone tumor patients[J]. **Clinical Research and Practice**, 2023, 8(1): 137-139.
- [5] PORTENOY R K, THALER H T, KORNBLITH A B, et al. The memorial symptom assessment scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress[J]. **European Journal of Cancer**, 1994, 30A(9): 1326-1336.
- [6] CONNOR K M, DAVIDSON J R T. Development of a new resilience scale: the connor-davidson resilience scale (CD-RISC)[J]. **Depression and Anxiety**, 2003, 18(2): 76-82.
- [7] FEIFEL H, STRACK S, NAGY V T. Degree of life-threat and differential use of coping modes[J]. **Journal of Psychosomatic Research**, 1987, 31(1): 91-99.

- [8] 慕倩倩. 基于赋能理论的行为转变护理对乳腺癌术后化疗患者的影响[J]. **临床研究**, 2024, 32(9): 157-160.
MU Qianqian. Effects of behavior change nursing based on empowerment theory on breast cancer patients after postoperative chemotherapy[J]. **Clinical Research**, 2024, 32(9): 157-160.
- [9] 赵磊, 余秀菊, 杨萃. 赋能理论指导下的行为转变护理对乳腺癌根治术后患者的影响[J]. **疾病监测与控制**, 2024, 18(1): 53-56.
ZHAO Lei, YU Xiuju, YANG Cui. Effects of behavior change nursing under the guidance of empowerment theory on patients after radical mastectomy[J]. **Journal of Diseases Monitor and Control**, 2024, 18(1): 53-56.
- [10] 丁璇, 虞婧, 韩倩. 阶段转变理论指导的照顾者赋能教育模式联合个体饮食计划对血液透析患者的影响[J]. **齐鲁护理杂志**, 2024, 30(19): 14-17.
DING Xuan, YU Jing, HAN Qian. Effects of caregiver empowerment education model guided by stage transition theory combined with individual diet plan on hemodialysis patients[J]. **Journal of Qilu Nursing**, 2024, 30(19): 14-17.
- [11] 叶玲燕, 林慧, 崔爽, 等. Cox健康行为互动模式对恶性肿瘤化疗患者自我管理能力的影 响[J]. **现代医药卫生**, 2023, 39(23): 4038-4041, 4045.
YE Lingyan, LIN Hui, CUI Shuang, *et al.* Effects of Cox health behavior interaction model on self-management ability of malignant tumor patients undergoing chemotherapy[J]. **Journal of Modern Medicine & Health**, 2023, 39(23): 4038-4041, 4045.
- [12] 周迎春, 胡棻, 汪春雨, 等. 心理韧性在肿瘤患儿父母疾病不确定感和医学应对方式间的中介效应分析[J]. **检验医学与临床**, 2024, 21(9): 1312-1316, 1320.
ZHOU Yingchun, HU Qu, WANG Chunyu, *et al.* Analysis of mediating effect of psychological resilience between disease uncertainty and medical coping modes in parents of children with cancer[J]. **Laboratory Medicine and Clinic**, 2024, 21(9): 1312-1316, 1320.
- [13] 刘清元, 冯晓瑞, 杨敏, 等. 乳腺癌根治性术后应用多维心理疏导及抗阻训练对患者上肢淋巴水肿及生活质量的影响[J]. **医学临床研究**, 2023, 40(11): 1763-1766.
LIU Qingyuan, FENG Xiaorui, YANG Min, *et al.* Effects of multi-dimensional psychological counseling and resistance training on upper limb lymphedema and quality of life in patients after radical mastectomy[J]. **Journal of Clinical Research**, 2023, 40(11): 1763-1766.
- [14] 李婷, 王菊子, 高爱红, 等. 垂体神经内分泌肿瘤术后患者积极应对方式在疾病感知与恐惧疾病进展的中介效应[J]. **现代临床护理**, 2024, 23(7): 10-16.
LI Ting, WANG Juzi, GAO Aihong, *et al.* Mediating effect of positive coping style between illness perception and fear of disease progression in patients after pituitary neuroendocrine tumor surgery[J]. **Modern Clinical Nursing**, 2024, 23(7): 10-16.