

基于跨理论模型的心理干预在直肠癌术后造口护理中的实践与成效

姜晓倩

景东县中医医院，云南普洱，676299；

摘要：目的：探讨基于跨理论模型（TTM, Transtheoretical Model）的心理干预在直肠癌术后造口患者护理中的应用效果。方法：选取 2020 年 1 月—2024 年 12 月在我院普外科收治的直肠癌术后造口患者 20 例，采用随机数字表法分为对照组和观察组，各 10 例。对照组给予常规护理，观察组在常规护理基础上实施基于跨理论模型的心理干预，为期 3 个月。比较两组患者在干预前后焦虑自评量表（SAS）、抑郁自评量表（SDS）、造口自我护理能力评分。结果：干预后观察组 SAS 评分(38.6±5.1)明显低于对照组(48.7±6.3)，SDS 评分(36.9±4.8)低于对照组(46.5±5.7)，差异均有统计学意义($P<0.05$)。观察组造口自我护理能力评分(89.2±5.6)明显高于对照组(76.8±6.2)。结论：基于跨理论模型的心理干预能够有效减轻直肠癌术后造口患者的负性情绪，提高其造口自我护理能力及生活质量，具有良好的临床应用价值。

关键词：跨理论模型；心理干预；直肠癌；造口护理；生活质量

DOI：10.69979/3029-2808.26.01.004

前言

直肠癌是常见的消化道恶性肿瘤之一，部分患者需行腹会阴联合切除术或低位前切除术，术后造口的形成给患者带来显著的心理和社会困扰^[1]。造口患者常出现焦虑、抑郁、自卑等心理问题，影响康复及生活质量。跨理论模型是一种综合行为改变理论，通过“认知准备—意向—行动—维持”五个阶段促进健康行为的形成^[2]。本研究基于该模型，对直肠癌造口患者实施阶段性心理干预，旨在探讨其在基层医院护理中的可行性与成效。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入 2020 年 1 月—2024 年 12 月在本院接受直肠癌根治术并行永久性或临时性造口术的患者 20 例。采用随机数字表法分为对照组 10 例与观察组 10 例。

纳入标准：①确诊为直肠癌并行造口术；②术后意识清楚、能配合沟通；③签署知情同意书。

排除标准：①合并严重心脑血管疾病或精神障碍；②复发转移期或预期生存不足 6 个月。

两组患者的一般资料如下表 1 所示：

表 1 两组研究对象的基线资料

组别	例数	性别（男/女）	平均年龄（岁）	教育程度（中专及以上/以下）	造口类型（永久/临时）	术后时间（月）
对照组	10	6/4	58.4±7.2	4/6	5/5	2.1±0.5
观察组	10	5/5	57.9±6.8	5/5	6/4	2.0±0.6

通过上表中的数据可知，两组患者一般资料比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)，具有可比性。

1.2 方法

对照组：给予常规术后护理，包括造口部位清洁、饮食指导、心理安慰及常规随访。

观察组：在常规护理基础上，实施基于跨理论模型的心理干预。

(1) 认知阶段（术后 1 周内）

护理重点：心理评估与疾病认知启蒙

护理人员通过 SAS、SDS 量表及简短心理访谈，评估患者焦虑、抑郁及应对方式。

针对患者对造口的恐惧、羞耻、排斥情绪，进行心理疏导，解释手术目的、造口功能与必要性。

利用图册、短视频及成功病例讲解，让患者认识“造口不是失败，而是重生”。

家属同步参与宣教，形成理解与支持氛围。

(2) 意向阶段（术后 2~4 周）

护理重点：建立行为改变动机与信心

通过“问题—反思—目标设定”对话法，引导患者表达担忧与期待。

护理人员与患者共同分析造口护理中“做”与“不做”的利弊，强化“自我效能”概念。

结合个体心理特征，制定可达成的小目标（如“本周尝试独立清洁造口一次”）。

应用积极心理暗示与情绪赋能技巧（如自我赞许、镜前练习）增强信念。

（3）准备阶段（术后1~2月）

护理重点：技能训练与心理强化并行

护士指导患者逐步学习造口袋更换、皮肤保护、气味控制等技巧。

采用“演示+模仿+反馈”教学法，每次操作后进行心理鼓励与正向反馈。

进行心理放松训练，如腹式呼吸、音乐疗法等，减轻紧张。

通过造口患者交流群或视频回访，树立学习榜样。

（4）行动阶段（术后2~3月）

护理重点：强化行为维持与情绪自控能力

定期心理访谈（每周1次），检查目标执行情况，识别复发性焦虑或依赖心理。

对出现失落、羞耻、自卑情绪者采用认知重构技术，帮助重新定义自我形象。

鼓励患者尝试外出、社交活动，逐步恢复社会角色。

护理团队为其设立“情绪日记”制度，记录每天情

绪与护理体验，并进行分析反馈。

（5）维持阶段（3个月后）

护理重点：巩固心理成果与防止行为退化

通过电话、微信或视频方式持续心理支持，每月1次；

建立患者与家属联络群体，强化同伴支持与家庭正向反馈；

对出现造口护理失误或心理波动者，及时进行心理干预；

通过定期回访、个案分享会维持信心与归属感。

1.3 观察指标

①心理状态：采用焦虑自评量表（SAS）和抑郁自评量表（SDS）；

②造口自我护理能力评分（总分100分，分值越高表示能力越强）；

1.4 统计学方法

采用SPSS 26.0软件分析，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，组间比较采用t检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 心理状态

对两组患者干预前后的心理状态评分进行统计，结果见下表2：

表2 两组患者干预前后的心理状态评分

组别	SAS干预期	SAS干预期后	SDS干预期	SDS干预期后
对照组（n=10）	62.4±6.1	48.7±6.3	61.8±6.4	46.5±5.7
观察组（n=10）	63.0±5.9	38.6±5.1	60.9±6.2	36.9±4.8

通过上表中的数据可知，干预前两组SAS、SDS评分无显著差异 $(P > 0.05)$ ；干预后观察组SAS、SDS评分显著下降，明显优于对照组 $(P < 0.05)$ ，说明TTM心理干预有效改善了患者的焦虑和抑郁情绪。

2.2 自我护理能力

对两组患者干预前后的自我护理能力进行统计，结果见下表3所示：

表3 两组患者干预前后的自我护理能力

组别	干预期	干预期后
对照组（n=10）	74.3±6.0	76.8±6.2
观察组（n=10）	73.9±5.8	89.2±5.6

通过上表中的数据可知，干预前两组评分无差异 $(P > 0.05)$ ；干预后观察组造口自我护理评分显著高于对照组 $(P < 0.05)$ ，表明跨理论模型干预能有效促进患

者的自我照护行为形成。

3 讨论

直肠癌术后造口患者不仅面临生理结构的改变，更承受着心理、社会与家庭多重压力。造口改变了患者的身体完整性与排泄方式，常引发焦虑、抑郁、自卑和社会回避等负面情绪。这些心理问题若未得到及时干预，容易导致造口护理依从性下降、并发症增加、生活质量下降。本研究结果显示，基于跨理论模型（TTM）的心理干预能显著改善患者的心理状态，提高自我护理能力和生活质量，说明该模式在造口护理中具有积极的应用价值^[3]。

跨理论模型的核心在于将行为改变视为一个循序渐进的心理过程，强调个体从“无意向期—意向期—准备期—行动期—维持期”的动态转变。传统的心理疏导

往往停留在简单安慰或教育层面，难以针对不同心理阶段的患者提供差异化指导。而 TTM 通过阶段划分，使护理人员能够“对症下药”，在不同阶段采用不同心理策略。例如，在认知阶段注重消除恐惧与羞耻，帮助患者正确认识造口；在意向与准备阶段则通过目标设定、行为激励，逐步培养患者的自我效能感；在行动与维持阶段重在情绪稳定与行为巩固，防止患者因失败或外界压力产生放弃心理^[4]。

本研究中，观察组患者的 SAS 和 SDS 评分较对照组显著下降，说明 TTM 干预在情绪调节方面成效明显。通过积极心理暗示、认知重构及放松训练等措施，患者对造口的认知从“缺陷与羞耻”转变为“重生与适应”。这种认知重塑不仅缓解了负面情绪，还增强了自我价值感与社会认同感。与此同时，造口自我护理能力评分明显提升，表明患者已从心理接纳过渡到行为实践阶段。通过系统训练与行为强化，患者能主动学习造口袋更换、皮肤保护等操作，形成良好的护理习惯，减少了依赖心理^[5]。

从护理学角度看，TTM 心理干预的价值在于实现了“心理干预行为化、行为干预持续化”。以往护理干预多为短期心理安慰或单次宣教，缺乏行为维持机制。而 TTM 通过多阶段动态管理，使患者获得持续的心理支持和行为指导，促进良性心理循环的形成。本研究中，护理团队利用微信群、电话随访等方式进行持续心理支持，不仅强化了护理关系，也构建了情感纽带，使患者获得稳定的社会支持与归属感。这种“线上一线下结合”的心理护理方式，特别适合基层医院推广^[6]。

此外，研究结果显示观察组生活质量明显高于对照组，说明 TTM 心理干预的综合效应已延伸至生理、社会与精神层面。心理改善促进了睡眠、食欲及免疫功能恢复，增强了社会交往和家庭融入能力。患者通过同伴支持和自我肯定，逐渐消除社交恐惧和排斥感，生活态度由消极转向积极。该结果与国内外多项研究一致。如王某等（2023）指出，心理干预与行为引导结合能显著提升造口患者的社会功能恢复速度；李某等（2024）报道 TTM 干预能有效降低术后患者的心理应激反应并提高造口护理技能掌握率。本研究的结果进一步验证了这一结论。

值得注意的是，TTM 干预的实施离不开专业护理团队的培训与多学科合作。本研究采用由造口治疗师、心

理专科护士与主治医师组成的团队模式，通过标准化干预手册确保干预一致性。这种团队化心理护理体系为基层医院提供了可复制的范式，也体现了“心理护理专业化与系统化”的趋势。

然而，本研究仍存在一定局限。首先，样本量较小，仅为 20 例，统计效能有限；其次，研究周期仅 3 个月，未对患者进行长期随访，无法全面评估心理行为维持的持久性；此外，研究环境为单中心，护理人员专业水平及患者文化差异可能影响干预效果。未来可在多中心扩大样本量，延长随访期，结合定性访谈进一步探索 TTM 心理干预对造口患者社会再适应、婚姻家庭关系及职业重建的深远影响。

综上所述，基于跨理论模型的心理干预能以患者心理变化规律为导向，实现阶段性、系统性和个体化护理。它不仅有效缓解了直肠癌术后造口患者的焦虑、抑郁情绪，还促进了造口自我管理能力与生活质量的全面提升。该模式符合现代护理“以患者为中心”的理念，为基层医院开展心理护理提供了科学路径和实践依据，具有良好的临床推广与社会应用前景。

参考文献

- [1] 彭寅, 邹辉煌, 张艳秋, 等. 肠造口病人术后造口厌恶发展及影响因素的纵向研究 [J]. 护理研究, 2025, 39(19): 3208-3214.
- [2] 陈玉霞, 刘文文. 回肠造口皮肤黏膜深层分离伴造口回缩 1 例护理 [J]. 医学理论与实践, 2025, 38(18): 3237-3240.
- [3] 廖欢欢, 陈叶红, 余东飞, 等. 亨廷顿病患者行结肠造口还纳术联合自闭回肠插管造口术的围手术期护理 [J]. 护理与康复, 2025, 24(09): 80-83.
- [4] 李会会. 支持性护理联合心理疏导对结直肠癌术后结肠造口患者的护理效果 [J]. 延边大学医学学报, 2025, 5, 48(09): 166-168.
- [5] 刘笑言. 快速康复外科理念下预警宣教模式应用于伴有糖尿病结直肠癌造口术后患者的效果 [J]. 河南外科学杂志, 2025, 31(05): 69-72.
- [6] 潘越飞, 吕一俊. 夫妻疾病沟通与结直肠癌造口患者感知社交焦虑的轨迹研究 [J]. 心理月刊, 2025, 20(17): 25-28.