

· 科研论著 ·

肠造口病人术后造口厌恶发展及影响因素的纵向研究



彭寅, 邹辉煌, 张艳秋, 闫蕾蕾, 王文慧, 豆立冬*
河南省人民医院, 河南 450003

Development and influencing factors of colostomy disgust in patients with enterostomy: a longitudinal study

PENG Yin, ZOU Huihuang, ZHANG Yanqiu, YAN Leilei, WANG Wenhui, DOU Lidong*

Henan Provincial People's Hospital, Henan 450003 China

*Corresponding Author DOU Lidong, E-mail: 765347526@qq.com

Abstract Objective: To explore the changing trend and influencing factors of colostomy disgust in patients with enterostomy half a year after operation, so as to provide reference for targeted intervention. **Methods:** A total of 262 patients with enterostomy were followed up with the General Information Questionnaire, the Colostomy Disgust Scale(CDS), Self-Compassion Scale(SCS), and the Chinese version of the Acceptance and Action Questionnaire-2nd Edition(AAQ-II) 1 day before discharge and 1, 3, 6 months after discharge. **Results:** Colostomy disgust of patients with enterostomy decreased gradually in the first half of the year after operation. Gender, complications, self-compassion, and experiential avoidance were the influencing factors of colostomy disgust. Experiential avoidance played a partial mediating role between self-compassion and colostomy disgust. The mediating effect accounted for 45.89% of the total effect. **Conclusions:** Colostomy disgust of patients with enterostomy tends to decline half a year after operation. Medical staff could reduce patients' experiential avoidance by implementing self-compassion intervention to relieve their colostomy disgust.

Keywords enterostomy; colostomy disgust; self-compassion; experiential avoidance; longitudinal study; nursing

摘要 目的:探讨肠造口病人术后半年造口厌恶的变化趋势及影响因素,为针对性干预提供参考。**方法:**采用一般资料调查表、肠造口厌恶感量表(CDS)、自我同情量表(SCS)及中文版接纳与行动问卷(AAQ-II),分别于病人出院前1d及出院后1、3、6个月对262例肠造口病人进行随访调查。**结果:**肠造口病人术后半年造口厌恶水平呈逐渐下降趋势;性别、有无并发症、自我同情及经验性回避是肠造口病人造口厌恶的影响因素,其中经验性回避在自我同情与造口厌恶间起部分中介作用,中介效应占总效应的45.89%。**结论:**肠造口病人术后半年造口厌恶呈下降趋势,医护人员可通过实施自我同情干预减少病人的经验性回避,以减轻其造口厌恶情绪。**关键词** 肠造口;造口厌恶;自我同情;经验性回避;纵向研究;护理

doi:10.12102/j.issn.1009-6493.2025.19.002

厌恶是人类的一种基本情绪反应,能够引导个体本能远离令人反感或不愉快的外部刺激,进而保护自身免遭疾病侵害^[1]。肠造口病人在术后需直面一系列能够诱发厌恶情绪的刺激(如排泄物、气味、声响、造口外观及相关并发症等),使其饱受造口厌恶的困扰^[2]。研究表明,长期的造口厌恶能够滋生与助长肠造口病

人的社交回避、抑郁、病耻感等心理问题^[3],并导致造口适应差^[4]、肿瘤复发、转移等不良结局。因此,关注肠造口病人的造口厌恶状况,探究可干预的影响因素对于促进病人身心康复具有重要价值。经验性回避作为一种不良心理应对方式,是指个体试图通过抑制或否认自己的内在感知与想法,以实现逃离其所不愿经历的情绪或情感^[5]。经验性回避常被个体作为应对负性情绪的无意识策略,但研究表明,消极回避负性情绪反而会加重情绪的危害性^[6]。自我同情是指个体以宽容、友善的态度对待自身痛苦和缺点^[7]。研究发现,个体借助自我同情接纳自身负性情绪,能够减少情绪相关经验性回避和消极反应^[8]。这些证据提示造口病人可借助自我同情减少情绪相关经验性回避,进而间接

基金项目 河南省医学科技攻关计划省部共建项目,编号:SBGJ202102010

作者简介 彭寅,主管护师,本科

***通讯作者** 豆立冬, E-mail: 765347526@qq.com

引用信息 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.

缓解自身造口厌恶,然而该假设尚未被验证。此外,造口厌恶作为一种造口相关情绪反应,可能与体像困扰^[9]、造口接受度^[10]等心理特征类似,会随着病人的造口管理及适应能力而呈动态变化。鉴于此,本研究拟考察肠造口病人术后半年造口厌恶的现状及变化趋势,并通过分析自我同情及经验性回避对造口厌恶的影响路径,为后续制定相关干预方案减轻病人造口厌恶提供证据基础。

1 对象与方法

1.1 研究对象

便利抽取 2021 年 4 月—2022 年 12 月在河南省人民医院住院的结直肠癌肠造口术病人为研究对象。病人纳入标准:1)病理检查诊断为结直肠癌,行肠造口手术;2)年龄 ≥ 18 岁;3)病人对病情知晓;4)认知与沟通能力正常;5)预计造口保留时间 ≥ 6 个月。排除标准:1)合并严重器质性疾病或其他恶性肿瘤;2)既往或现存精神、认知功能障碍。样本量的确定依据样本量为自变量个数 10 倍的原则计算样本量。本研究共纳入 19 个自变量(其中人口学变量 10 个、肠造口厌恶感量表 2 个维度、自我同情量表 6 个维度、中文版接纳与行动问卷 1 个维度),估算样本量为 190 例,考虑 20% 的无效问卷,所需样本量为 228 例。参考文献^[11]建议,稳定结构方程模型,至少需要 200 例样本维持结构方程模型的拟合效果。本研究已通过河南省人民医院医学伦理委员会审批[批号:[2023]伦审第(141)号]。

1.2 研究工具

1.2.1 一般资料调查表

由研究者自行编制,包括性别、年龄、文化程度、职业状况、居住状态、居住地、家庭人均月收入、造口类型、自我护理能力、有无并发症。

1.2.2 肠造口厌恶感量表(the Colostomy Disgust Scale, CDS)

CDS 由 Jin 等^[2]编制,包含基础厌恶(13 个条目)、人际厌恶(9 个条目)2 个维度,共 22 个条目。该量表采用 Likert 5 级评分法,“非常不同意”计 1 分,“非常同意”计 5 分,总分 22~110 分,得分越高,表明病人的造口厌恶程度越高。本研究中该量表总 Cronbach's α 系数为 0.898。

1.2.3 自我同情量表(Self-Compassion Scale, SCS)

SCS 由 Neff^[7]编制,陈健等^[12]将其汉化并修订。量表包括共同人性感(4 个条目)、孤独感(4 个条目)、正念(4 个条目)、过度认同(4 个条目)、自我友善(5 个条目)、自我批判(5 个条目)6 个维度,共 26 个条目。该量表采

用 Likert 5 级评分法,“非常不符合”计 1 分,“非常符合”计 5 分,自我批判、孤独感和过度认同 3 个维度采用反向计分,总分为 26~130 分,得分越高,表明病人的自我同情水平越高。本研究中该量表总 Cronbach's α 系数为 0.947。

1.2.4 中文版接纳与行动问卷(Acceptance and Action Questionnaire-2nd Edition, AAQ-II)

AAQ-II 由 Bond 等^[5]编制,曹静等^[13]汉化修订,可用于评估个体的经验性回避状况。该量表共 7 个条目,为单维度量表。采用 Likert 7 级评分法,“从未”计 1 分,“总是”计 7 分,总分为 7~49 分,得分越高,表明病人的经验性回避程度越高。本研究中该量表总 Cronbach's α 系数为 0.858。

1.3 调查方法

研究表明,出院后 6 个月是肠造口病人造口相关心理波动的关键期,其身体意象障碍^[9]及造口接受度^[10]均在此期间呈显著变化,故参照以往研究结果,选择病人出院后 6 个月为随访时间,选取此期间 4 个不同时间点(出院前 1 d 及出院后 1、3、6 个月)对肠造口病人进行追踪调查。调查前征求医院相关部门同意,由经过统一培训的责任护士依据标准选取调查对象。调查在安静的房间内进行,首先向病人详细阐述调查的目的、注意事项及问卷填写方法,在病人熟知后由调查员现场进行纸质版的问卷调查,填写完毕后立刻检查填写情况,以避免错漏等情况。首次调查结束后登记病人或家属的联系方式,方便后续调查预约联系。首次调查共纳入有效病人 297 例,在随后 3 次随访调查中共产生无效数据 35 份(失访原因包括出现严重并发症、转院治疗或其他个人原因拒绝继续参与),最终纳入 262 例病人。

1.4 统计学方法

双人核对并录入数据,借助 SPSS 20.0 软件和 AMOS 21.0 进行数据统计分析。定性资料采用例数、百分比(%)表示;因自我同情量表得分、中文版接纳与行动问卷得分及不同时间点的肠造口厌恶感量表得分均不满足正态分布,故采用中位数(四分位数)[$M(P_{25}, P_{75})$]描述,采用 Friedman 非参数检验比较不同随访时间点变量得分差异,各时间点两两比较采用 Bonferroni 法进行调整。基于 Blom 算法进行数据的正态转换后采用重测数据线性混合效应模型分析 4 个随访时间点病人造口厌恶的影响因素,将人口学变量、不同时间点自我同情得分及不同时间点经验性回避得分纳入模型。构建结构方程模型,并用 Bootstrap 进行中介效应检

验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

262 例肠造口病人中,年龄 34~80(54.61±10.29)

2 结果

岁;男 144 例,女 118 例;其他一般资料详见表 1。

2.1 肠造口病人一般资料

表 1 肠造口病人一般资料($n=262$)

Table 1 General information of patients with enterostomy($n=262$)

项目	分类	例数	百分比(%)	项目	分类	例数	百分比(%)
年龄	≤45岁	56	21.37	居住地	农村	149	56.87
	>45~60岁	103	39.31		城镇	113	43.13
	>60岁	103	39.31	职业状况	待业	72	27.48
性别	男	144	54.96		在岗	58	22.14
	女	118	45.04		离退休	57	21.76
家庭人均月收入	≤2 000元	78	29.77	务农	75	28.63	
	>2 000~5 000元	144	54.96	造口类型	暂时性造口	119	45.42
	>5 000元	40	15.27		永久性造口	143	54.58
文化程度	初中及以下	143	54.58	自我护理能力	完全自理	97	37.02
	高中或中专	76	29.01		少数需他人帮助	101	38.55
	专科及以上	43	16.41		多数需他人帮助	30	11.45
居住状态	与配偶及子女生活	119	45.42	完全需他人帮助	34	12.98	
	与配偶生活	94	35.88	有无并发症	有	90	34.35
	与子女生活	25	9.54		无	172	65.65
	独居	8	3.05				
	其他	16	6.11				

2.2 肠造口病人不同时间 SCS、AAQ-II、CDS 总分及各维度得分比较

在出院后不同时间 SCS、AAQ-II、CDS 总分及各维度得分比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。详见表 2。

基于 Friedman 非参数检验结果显示,肠造口病人

表 2 肠造口病人不同时间 SCS、AAQ-II、CDS 总分及各维度得分比较[$M(P_{25}, P_{75}), n=262$]

Table 2 Comparison of SCS, AAQ-II, CDS total scores, and scores of each dimension in patients with enterostomy at different times[$M(P_{25}, P_{75}), n=262$]

变量	出院前 1 d	出院后 1 个月	出院后 3 个月	出院后 6 个月	χ^2 值	P
SCS 总分	84(60, 100)	86(65, 102) ^①	91(59, 107) ^{①②}	88(63, 102) ^{①②}	222.488	<0.001
共同人性感	13(9, 16)	12(10, 15) ^①	13(8, 15) ^{①②}	13(9, 15) ^{①②}	82.018	<0.001
孤立感	12(8, 15)	14(11, 17) ^①	15(10, 18) ^②	14(10, 17) ^②	161.270	<0.001
正念	12(10, 15)	13(10, 16) ^①	14(9, 16) ^②	14(10, 16) ^②	37.321	<0.001
过度认同	12(9, 14)	13(10, 15) ^①	13(9, 15) ^①	13(9, 15) ^{①②}	98.260	<0.001
自我友善	16(11, 21)	17(13, 20)	15(10, 18) ^{①②}	15(11, 17) ^{①②}	256.876	<0.001
自我批判	16(11, 20)	17(12, 19)	20(13, 25) ^{①②}	20(14, 23) ^{①②}	532.192	<0.001
AAQ-II 总分	29(24, 34)	28(22, 33) ^①	27(21, 32) ^{①②}	26(20, 31) ^{①②}	222.867	<0.001
CDS 总分	81(73, 88)	80(72, 88) ^①	78(69, 86) ^①	77(68, 84) ^{①②③}	176.914	<0.001
基础厌恶	44(40, 48)	44(39, 48) ^①	42(37, 46) ^{①②}	42(37, 46) ^②	170.654	<0.001
人际厌恶	37(33, 40)	36(33, 40) ^①	36(32, 40) ^①	35(31, 38) ^{①②③}	153.161	<0.001

① 与出院前 1 d 比较, $P < 0.05$; ② 与出院后 1 个月比较, $P < 0.05$; ③ 与出院后 3 个月比较, $P < 0.05$ 。

2.3 肠造口病人自我同情和经验性回避影响因素的线性混合效应模型

量,以病人一般资料为自变量分别构建线性混合效应模型,自变量赋值方式见表 3。结果显示,性别是自我同情的影响因素;性别、自我护理能力、有无并发症是

分别以不同时间 SCS 总分和 AAQ-II 总分为因变

经验性回避的影响因素。详见表 4 和表 5。

表 3 变量赋值情况

Table 3 Variable assignment status

变量	赋值方式
性别	女=0,男=1
年龄	≤45岁=0,>45~60岁=1,>60岁=2
家庭人均月收入	≤2 000元=0,>2 000~5 000元=1,>5 000元=2
文化程度	初中及以下=0,高中或中专=1,专科及以上=2
居住状态	与配偶及子女生活(Z ₁ =1,Z ₂ =0,Z ₃ =0,Z ₄ =0),与配偶生活(Z ₁ =0,Z ₂ =1,Z ₃ =0,Z ₄ =0),与子女生活(Z ₁ =0,Z ₂ =0,Z ₃ =1,Z ₄ =0),独居=(Z ₁ =0,Z ₂ =0,Z ₃ =0,Z ₄ =0),其他(Z ₁ =0,Z ₂ =0,Z ₃ =0,Z ₄ =1)
居住地	农村=0,城镇=1
职业状况	待业(Z ₁ =0,Z ₂ =0,Z ₃ =0),在岗(Z ₁ =1,Z ₂ =0,Z ₃ =0),离退休(Z ₁ =0,Z ₂ =1,Z ₃ =0),务农(Z ₁ =0,Z ₂ =0,Z ₃ =1)
造口类型	暂时性造口=0,永久性造口=1
自我护理能力	完全自理=0,少数需他人帮助=1,多数需他人帮助=2,完全需他人帮助=3
有无并发症	无=0,有=1
SCS 总分	原值输入
AAQ-II 总分	原值输入

表 4 肠造口病人自我同情影响因素的线性混合效应模型

Table 4 Linear mixed effects model of factors influencing self-compassion in patients with enterostomy

项目	分类	系数估计	t 值	P	95%CI
性别	男	0.333	2.703	0.007	[0.090,0.576]

表 5 肠造口病人经验性回避影响因素的线性混合效应模型

Table 5 Linear mixed effects model of factors influencing experiential avoidance in patients with enterostomy

项目	分类	系数估计	t 值	P	95%CI
性别	男	-0.230	-2.011	0.045	[-0.456,-0.005]
自我护理能力	少数需他人帮助	0.337	1.593	0.113	[-0.080,0.754]
	多数需他人帮助	0.409	2.093	0.037	[0.024,0.795]
	完全需他人帮助	0.551	2.300	0.022	[0.079,1.023]
有无并发症	有	0.641	5.306	<0.001	[0.403,0.879]

2.4 肠造口病人造口厌恶影响因素的线性混合效应模型

以不同时间肠造口病人 CDS 得分为因变量,以病人一般资料、不同时间 SCS 总分及 AAQ-II 总分为自

变量构建线性混合效应模型,自变量赋值方式见表 2。结果显示,性别、有无并发症、自我同情及经验性回避是病人造口厌恶的影响因素。详见表 6。

表 6 肠造口病人造口厌恶影响因素的线性混合效应模型

Table 6 Linear mixed effects model of factors influencing colostomy disgust in patients with enterostomy

项目	分类	系数估计	t 值	P	95%CI
性别	男	-0.262	-2.897	0.004	[-0.440,-0.084]
有无并发症	有	0.252	2.587	0.010	[0.060,0.443]
SCS 总分		-0.167	-3.735	<0.001	[-0.255,-0.079]
AAQ-II 总分		0.217	5.240	<0.001	[0.135,0.298]

2.5 自我同情及经验性回避对肠造口病人造口厌恶影响的结构方程模型构建

以不同时间 SCS 总分为自变量,不同时间 AAQ-II 总分为中介变量,有统计学意义的一般资料(性别、有

无并发症)为控制变量,不同时间CDS得分为因变量构建中介模型。拟合结果显示,卡方自由度比(χ^2/ν)=1.309,近似误差均方根(RMSEA)=0.034,拟合度指数(GFI)=0.971,比较拟合指数(CFI)=0.998,非规范拟合指数(TLI)=0.997,规范拟合指数(NFI)=0.992。各项拟合指标均达标,中介模型可接受。其中自我同情负向预测经验性回避($\beta = -0.414, P < 0.001$)及造口厌恶($\beta = -0.191, P < 0.001$),经验性回

避正向预测造口厌恶($\beta = 0.392, P < 0.001$)。Bootstrap检验结果显示,经验性回避在自我同情与造口厌恶间起部分中介作用(-0.162),中介效应的95%CI为 $[-0.217, -0.110]$,不包含0,中介效应可靠,中介效应占总效应的45.89%。模型见图1。结果提示,病人的自我同情不仅能够直接改善其造口厌恶,还能够通过减少经验性回避,进而间接缓解造口厌恶。

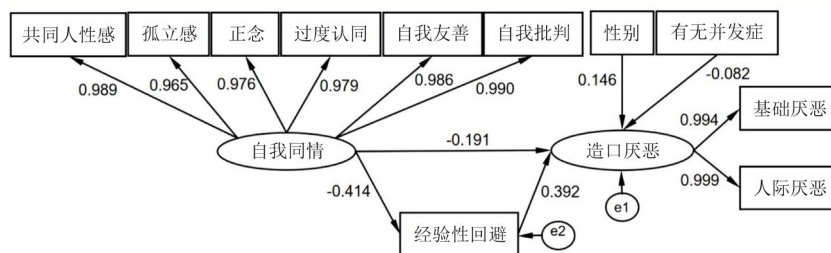


图1 自我同情及经验性回避对造口厌恶影响的路径图

Figure 1 Path diagram of impact of self-compassion and experiential avoidance on colostomy disgust

3 讨论

3.1 肠造口病人术后半年内造口厌恶的变化情况

本研究结果显示,肠造口病人的造口厌恶在术后半年内呈改善趋势,其最高点出现在出院前1d,随后呈降低趋势,与以往研究发现的肠造口病人术后半年身体意象障碍^[9]及造口接受度^[10]的发展趋势相同,提示肠造口病人的这些造口相关情绪反应及心理认知可能存在协同性变化。研究指出,肠造口术后病人的厌恶刺激源主要来源于排泄物从身体的异常位置排出、排便时间的不可控性、清洗与更换造口袋的复杂性(与常规肛门排便相比)以及排泄物、异味、声响的泄漏4个方面^[3]。而在神经机制方面,厌恶反应是由自主神经系统直接控制和激活^[14],其功能是保护机体免受病菌侵害。当接触厌恶性刺激时个体会自发产生厌恶情绪、呕吐倾向、鼻孔收缩、行为回避等身心反应^[14],这意味着肠造口病人在频繁面临上述厌恶刺激源时很难通过认知对自身厌恶反应进行有效调节。尤其是在术后早期,病人尚缺乏造口自我护理经验,在更换造口袋时易出现排泄物渗漏以及并发症等问题,使病人更易对造口产生厌恶情绪。不仅如此,由于不受控制的排便、排气声响及异味,肠造口病人经常会潜意识担心这会引来周围人的不舒服或反感,在人际互动过程中可能会感到自信缺失、尴尬、污名化等^[15],进而加重造口厌恶感。根据厌恶的适应观点^[14],虽然含有病原体传播可能性的刺激能够本能诱发个体的厌恶反应,但长期

接触或暴露于该刺激中则会降低对刺激的生理反应,形成类似于脱敏的生物适应机制,因此,肠造口病人的造口厌恶会随着术后时间的延长而逐渐缓解。提示医护人员应在术后早期及时评估肠造口病人的造口厌恶状况,为病人提供必要的情绪疏导与心理支持,帮助病人习得造口相关护理技巧并提升疾病管理行为,以通过降低粪便泄漏、漏味频率及并发症等方式减少病人厌恶情绪的诱发。

3.2 肠造口病人造口厌恶的人口学影响因素

3.2.1 性别

线性混合效应模型结果显示,性别是肠造口病人造口厌恶的主要影响因素,男性病人的造口厌恶情绪更低,与Şengül等^[3]研究结果一致。究其原因,从厌恶作为疾病预防的生存价值来看,女性在怀孕及哺育幼儿期间需要保护自身及幼儿免遭病菌侵害,这使其相比男性能从厌恶反应中获得更多益处,因此,在进化过程中形成了更敏感的厌恶神经反馈机制^[14]。不仅如此,在传统的性别角色文化中,男孩在童年会被允许接触可能诱发厌恶反应的刺激(如昆虫、泥巴等),而女孩则被禁止或不被鼓励从事肮脏或冒险性的探索行为,这使得男性在成长过程中额外获得对厌恶刺激的心理适应能力。提示医护人员应重点关注女性病人的造口厌恶状况,鼓励病人积极表露内心的厌恶情绪,给予其相应的情感辅助及心理支持,以缓解厌恶情绪的消极影响。

3.2.2 有无造口并发症

本研究结果显示,有造口并发症的病人造口厌恶水平更高,程方方等^[16]发现有造口并发症的肠造口病人病耻感水平更高,与本研究结果一致。究其原因,造口常见的并发症包括造口周围皮炎、造口出血、造口水肿、局部缺血性坏死以及造口旁疝等^[17]。研究表明,造口并发症的病理性外观均能够助长肠造口病人的造口厌恶感^[3]。不仅如此,并发症也可破坏造口袋的密闭性,导致持续出现排泄物及异味泄漏^[18],也会加重病人的造口厌恶情绪。针对这一问题,建议医护人员采取防治并重的措施,尤其重视术后及早帮助病人及照顾者了解最新的造口护理知识,使其熟练掌握造口护理方法(如造口袋更换技巧、造口清洁及附属品使用等),指导病人出院后进行造口并发症的自我监测及管理,必要时可为肠造口病人提供延续护理服务^[19],做到预防为主、及时处理,以减少造口并发症对病人情绪的影响。

3.3 自我同情及经验性回避对肠造口病人造口厌恶影响结构方程模型的构建

3.3.1 自我同情对肠造口病人造口厌恶的影响

线性混合效应模型结果显示,自我同情能够缓解肠造口病人的造口厌恶,与以往研究结果^[20]相似。研究表明,自我同情的积极作用表现为积极情感、自我善待以及适应性的情绪调节,这些积极作用能够推动肠造口病人在发生排泄物、异味泄漏或造口并发症时以接纳的态度对待自身造口,认同接触造口相关厌恶性刺激是疾病管理的一部分,将注意焦点转向术后生存机会的感恩,而不再关注造口相关厌恶性刺激,进而降低造口厌恶情绪的潜在破坏性影响^[21]。不仅如此,研究发现,个体在自我同情状态下可促进内啡肽和缩宫素的分泌,这些神经激素能够参与抑制交感神经系统的情绪反应,从而降低病人的造口厌恶情绪^[22]。

3.3.2 经验性回避对肠造口病人造口厌恶的影响

本研究结果显示,病人的经验性回避能够加重其造口厌恶情绪,与相关研究结论^[8]相似。根据情绪回避模型^[23],对负性情绪的排斥能够增加个体的情绪敏感性,进而导致负性情绪加剧和情绪调节功能紊乱。虽然短期内经验性回避可能为肠造口病人提供一种逃避造口现实、减轻心理痛苦的方式,然而这种策略往往无法真正解决问题。经验性回避往往伴随着对造口的负性认知,如将其视为羞耻、恶心的象征。通过回避策略,病人可能不断强化这些负性认知,进而加重对造口的厌恶情绪。回避行为也可能导致病人与他人的交流

减少,从而减少了获得社会支持的机会^[24-25]。此外,经验性回避还会诱使病人面对排泄物泄漏、造口并发症等问题时逃避自己的真实感受,导致情绪无法及时宣泄。这种心理隐患会削弱病人的造口管理自我效能,使其沉浸在造口相关情绪痛苦中,进而加剧造口厌恶感。

3.3.3 经验性回避在自我同情与造口厌恶间的中介效应

本研究中介效应分析结果显示,经验性回避在自我同情与造口厌恶的关系中扮演着中介角色。陈君楣等^[8]研究也发现,自我同情者主要借助降低自身经验性回避缓解羞耻情绪。提示病人的自我同情是其经验性回避的重要改善因素,自我同情对造口厌恶的作用部分是借由减少其经验性回避实现的。自我同情水平高的肠造口病人更可能以接纳和理解的态度面对自己的身体变化和造口的存在。他们不太可能采用经验性回避策略逃避与造口相关的负性体验,因为自我同情使他们更容易正视和接纳这些现实^[25]。相反,那些缺乏自我同情的肠造口病人更可能采用经验性回避策略应对造口带来的挑战和不适^[26]。这种回避行为为不仅不能真正解决问题,反而可能加剧病人的造口厌恶情绪,因为他们无法真正面对和适应造口的存在。因此,自我同情通过减少经验性回避行为,间接降低了肠造口病人的造口厌恶情绪。换句话说,高自我同情的肠造口病人更可能通过积极的应对策略面对造口带来的挑战,而不是选择逃避,从而减轻了造口厌恶情绪的发生。因此,在临床实践中,医护人员一方面可借助现有干预方案^[21](如基于同情的疗法、正念、自我同情等)提升肠造口病人的自我同情能力,促使病人采用积极视角看待造口相关厌恶刺激,通过增强情绪适应性减少造口厌恶情绪;另一方面,则应关注病人的经验性回避状况,实施针对性干预措施(如认知行为疗法、情绪调节训练等)降低经验性回避水平,提升病人的情绪应对能力。

4 小结

肠造口病人的造口厌恶在术后半年内呈改善趋势,女性、有并发症、低自我同情及高经验性回避是病人造口厌恶的危险因素,其中经验性回避在自我同情与造口厌恶的关系中扮演着部分中介的角色。提示医护人员应充分意识到病人造口厌恶在术后的动态变化特征,密切关注其在术后初期的造口厌恶状况,并基于主要影响因素设计个体化的护理干预措施。本研究的局限性为仅在 1 所三级甲等医院采样,样本的代表

性不足,纵向研究时间较短,仅随访术后6个月。在今后的研究中,可更多挖掘肠造口病人造口厌恶的心理社会影响因素,并采用干预性研究以考察自我同情、经验性回避及造口厌恶间的因果关系。

参考文献:

- [1] ELAD-STRENGER J, PROCH J, KESSLER T. Is disgust a "conservative" emotion?[J]. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 2020, 46(6):896-912.
- [2] JIN Y F, MA H M, LI Y F, *et al.* Development and psychometric evaluation of the Colostomy Disgust Scale in patients with colostomy[J]. *European Journal of Cancer Care*, 2020, 29(6):e13323.
- [3] ŞENGÜL T, OFLAZ F, ODULOZKAYA B, *et al.* Disgust and its effect on quality of life and adjustment to stoma in individuals with ileostomy and colostomy[J]. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 2021, 29(3):303-311.
- [4] JIN Y F, MA H M, JIMÉNEZ-HERRERA M. Self-disgust and stigma both mediate the relationship between stoma acceptance and stoma care self-efficacy[J]. *Journal of Advanced Nursing*, 2020, 76(10):2547-2558.
- [5] BOND F W, HAYES S C, BAER R A, *et al.* Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire- II :a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance[J]. *Behavior Therapy*, 2011, 42(4):676-688.
- [6] SEÇER İ, ULAŞ S. An investigation of the effect of COVID-19 on OCD in youth in the context of emotional reactivity, experiential avoidance, depression and anxiety[J]. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 2021, 19(6):2306-2319.
- [7] NEFF K. Self-compassion:an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself[J]. *Self and Identity*, 2003, 2(2):85-101.
- [8] 陈君楣,吕勇.自我同情对大学生拖延行为的影响:经验回避和羞耻的链式中介作用[J]. *心理与行为研究*, 2023, 21(1):109-115.
- [9] SONG L L, PANG Y, ZHANG J, *et al.* Body image in colorectal cancer patients: a longitudinal study[J]. *Psycho-Oncology*, 2021, 30(8):1339-1346.
- [10] 李倩儿,范艺禧,曾豪洁,等.肠造口患者造口接受度轨迹及影响因素的纵向研究[J]. *军事护理*, 2023, 40(1):36-39.
- [11] 吴明隆.结构方程模型:AMOS实务进阶[M].重庆:重庆大学出版社, 2013:1.
- [12] 陈健,燕良轼,周丽华.中文版自悯量表的信效度研究[J]. *中国临床心理学杂志*, 2011, 19(6):734-736.
- [13] 曹静,吉阳,祝卓宏.接纳与行动问卷第二版中文版测评大学生的信效度[J]. *中国心理卫生杂志*, 2013, 27(11):873-877.
- [14] KAVALIERS M, OSSENKOPP K P, CHOLERIS E. Social neuroscience of disgust[J]. *Genes, Brain and Behavior*, 2019, 18(1): e12508.
- [15] AZLAN H A, OVERTON P G, SIMPSON J, *et al.* Disgust propensity has a causal link to the stigmatization of people with cancer[J]. *Journal of Behavioral Medicine*, 2020, 43(3):377-390.
- [16] 程方方,张欢,李嘉宁,等.结直肠癌造口术后患者病耻感对心理弹性和生活质量及造口并发症的影响[J]. *中华肿瘤防治杂志*, 2021, 28(11):852-857.
- [17] 唐小岚,宁美.肠造口并发症护理研究进展[J]. *中西医结合护理(中英文)*, 2020, 6(10):470-476.
- [18] 徐文博,穆兰,卢智增.基于“替代搜寻”的农村老年肠造口患者延续护理的效果评价[J]. *军事护理*, 2023, 40(6):39-42.
- [19] 汪丽萍,颜巧元,张宁,等.肠造口患者的远程延续护理[J]. *护理学杂志*, 2021, 36(13):108-110.
- [20] CLARKE A, SIMPSON J, VARESE F. A systematic review of the clinical utility of the concept of self-disgust[J]. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 2019, 26(1):110-134.
- [21] NEFF K D. Self-compassion:theory, method, research, and intervention [J]. *Annual Review of Psychology*, 2023, 74:193-218.
- [22] KIM J J, CUNNINGTON R, KIRBY J N. The neurophysiological basis of compassion:an fMRI meta-analysis of compassion and its related neural processes[J]. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2020, 108:112-123.
- [23] VLAEYEN J W S, CROMBEZ G, LINTON S J. The fear-avoidance model of pain[J]. *Pain*, 2016, 157(8):1588-1589.
- [24] 吴蔚然,陆惠慧,王彩芳,等.急性脑卒中病人经验性回避现状及影响因素[J]. *护理研究*, 2022, 36(19):3540-3544.
- [25] 井滕滕,段嘉宜,魏绍辉.痴呆病人家庭照顾者自我同情、照顾负担与抑郁的相关性[J]. *护理研究*, 2023, 37(15):2820-2825.
- [26] 杨黄玥莹,叶壮,朱丽雅,等.经验性回避和寻求心理帮助的自我污名与自我同情的关系[J]. *校园心理*, 2023, 21(3):219-224.

(收稿日期:2024-06-14;修回日期:2025-07-09)

(本文编辑 曹妍)