

基于 Roy 适应模式的强化宣教护理对子宫肌瘤手术患者 康复及自护能力的影响

曾惠玲¹, 杨珊²

(永丰县人民医院妇产科¹, 手术室², 江西 永丰 331500)

摘要: 目的 探讨基于 Roy 适应模式的强化宣教护理对子宫肌瘤手术患者康复及自护能力的影响。方法 选取 2022 年 1 月-2024 年 11 月永丰县人民医院收治的子宫肌瘤手术患者 60 例作为研究对象, 按照随机数字表法将其分为对照组和研究组, 每组 30 例。对照组实施常规护理, 研究组在对照组基础上实施基于 Roy 适应模式的强化宣教护理。比较两组术后康复情况(下床活动时间、肛门排气时间、住院时间、首次排便时间、肠鸣音恢复时间)、自护能力(主动应对、个体动机、知识储备、自我价值感)、心理状态[焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)]、术后并发症发生率(切口感染、肺部感染、深静脉血栓形成、尿潴留)。**结果** 研究组下床活动时间、肛门排气时间、住院时间、首次排便时间、肠鸣音恢复时间均较对照组缩短($P<0.05$)。与对照组护理后自护能力、心理状态比较, 研究组自护能力各维度评分更高, SAS 评分、SDS 评分更低($P<0.05$); 在术后并发症发生率方面, 研究组(0)低于对照组(13.33%)($P<0.05$)。**结论** 基于 Roy 适应模式的强化宣教护理能有效改善子宫肌瘤手术患者的术后康复情况, 提高自护能力, 减轻焦虑、抑郁情绪, 降低术后并发症发生率。

关键词: Roy 适应模式; 强化宣教护理; 子宫肌瘤手术; 自护能力

中图分类号: R473

文献标识码: A

DOI: 10.3969/j.issn.1006-1959.2026.10.035

文章编号: 1006-1959(2026)10-0183-05

Effects of Intensive Health Education Nursing Based on the Roy Adaptation Model on Rehabilitation and Self-care Ability of Patients Undergoing Uterine Fibroid Surgery

ZENG Huiling¹, YANG Shan²

(Department of Obstetrics and Gynecology¹, Operating Room², Yongfeng County People's Hospital, Yongfeng 331500, Jiangxi, China)

Abstract: Objective To assess the effects of intensive health education nursing based on the Roy adaptation model on rehabilitation and self-care ability of patients undergoing uterine fibroid surgery. Methods Sixty patients who underwent uterine fibroid surgery at Yongfeng County People's Hospital from January 2022 to November 2024 were enrolled in this study and randomly assigned via a random number table method to either a control group or a study group, with 30 patients in each group. Patients in the control group received routine nursing, whereas those in the study group received intensive health education nursing based on the Roy adaptation model in addition to the routine nursing. The two groups were compared regarding postoperative rehabilitation indexes (ambulation time, time to first flatus, length of hospital stay, time to first defecation, and time to bowel sound recovery), self-care ability (active coping, individual motivation, knowledge reserve, and self-worth), psychological status [the Self-Rating Anxiety Scale (SAS) and the Self-Rating Depression Scale (SDS)], and the incidence of postoperative complications (incision infection, pulmonary infection, deep vein thrombosis, and urinary retention). Results The ambulation time, time to first flatus, length of hospital stay, time to first defecation, and time to bowel sound recovery in the study group were shorter than those in the control group ($P<0.05$). Compared with the self-care ability and psychological state of the control group after nursing, the scores of each dimension of self-care ability in the study group were higher, and the scores of SAS and SDS were lower ($P<0.05$). In terms of the incidence of postoperative complications, the study group (0) was lower than the control group (13.33%) ($P<0.05$). Conclusion Intensive health education nursing based on the Roy adaptation model effectively promotes postoperative rehabilitation, improves self-care ability, relieves anxiety and depressive symptoms, and decreases the rate of postoperative complications among patients undergoing uterine fibroid surgery.

Key words: Roy adaptation mode; Intensive health education nursing; Uterine fibroid surgery; Self-care ability

子宫肌瘤(uterine myoma)是女性生殖器最常见的良性肿瘤,多见于 30~50 岁女性,其发病率较高,且有逐年上升的趋势,对女性身心健康构成严重威胁^[1]。手术是治疗子宫肌瘤的重要手段之一,然而术后患者的康复及自护能力的提升对于改善患者预

后、提高生活质量具有至关重要的作用^[2]。近年来,随着现代医学模式的转变,护理理念也逐渐从以疾病为中心向以患者为中心转变,更加注重患者的整体护理和个性化需求^[3]。Roy 适应模式作为一种整体护理理论,强调个体是一个与环境相互作用的有机整体,通过不断的适应过程来维持自身的平衡和完整^[4]。该模式为护理实践提供了新的视角和方法,使护理人员能够更加全面、深入地理解和关注患者的

作者简介:曾惠玲(1989.8-),女,江西吉安人,本科,主管护师,主要从事妇产科护理及管理工作

需求,从而提高护理质量^[6]。在子宫肌瘤手术患者的护理中,传统的护理模式往往侧重于术前准备、术后生命体征监测等基本护理措施,而对患者的心理状态、自我护理能力的培养等方面的关注相对不足^[6]。强化宣教护理作为一种有效的护理干预手段,能够通过向患者传递疾病相关知识、术后康复指导等信息,增强患者的自我保健意识和能力,促进患者康复^[7]。鉴于此,本研究选取 2022 年 1 月-2024 年 11 月永丰县人民医院收治的子宫肌瘤手术患者 60 例作为研究对象,旨在探讨基于 Roy 适应模式的强化宣教护理对子宫肌瘤手术患者康复及自护能力的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2022 年 1 月-2024 年 11 月永丰县人民医院收治的子宫肌瘤手术患者 60 例作为研究对象,按照随机数字表法将其分为对照组和研究组,每组 30 例。研究组年龄 32~56 岁,平均年龄(45.40±5.90)岁;病程 1~8 年,平均病程(3.45±1.73)年;受教育程度为初中及以下 28 例,高中 2 例;单发性肌瘤 17 例,多发性肌瘤 13 例。对照组年龄 28~56 岁,平均年龄(42.87±5.39)岁;病程 1~12 年,平均病程(3.61±1.68)年;受教育程度为初中及以下 29 例,大专 1 例;单发性肌瘤 20 例,多发性肌瘤 10 例。两组患者一般资料(年龄、病程、受教育程度)比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究患者自愿参与本研究,并签署知情同意书。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:经影像学检查及病理检查确诊为子宫肌瘤,且需行手术治疗的患者;患者意识清晰,无精神障碍。排除标准:合并有其他妇科恶性肿瘤或严重的妇科炎症性疾病;存在严重的心、肺、脑等重要脏器功能不全,无法配合护理操作及康复评估;有血液系统疾病或凝血功能障碍;因外伤、其他肿瘤转移等因素导致子宫肌瘤样表现,而非原发性子宫肌瘤;拒绝参与本研究或在研究过程中因个人原因中途退出者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 实施常规护理:术前为患者介绍手术室环境、手术流程及注意事项,进行常规的术前检查和准备,如皮肤准备、肠道准备等。协助患者完成各项检查,如血常规、凝血功能等。术后密切监测患者的生命体征,包括血压、心率、呼吸等,定时观察手术切口有无渗血、渗液,保持切口敷料清洁干燥。指导患者进行早期的床上活动,预防术后并发症,如深静脉血栓等。给予常规的疼痛护理,根据患者的疼痛

情况,遵医嘱给予止痛药物。以口头告知的方式向患者介绍子宫肌瘤手术治疗的一般情况,以及术后饮食、休息等常规注意事项,如多食蔬菜水果、避免辛辣刺激食物等。

1.3.2 研究组 实施基于 Roy 适应模式的强化宣教护理:
①护理前评估:
④入院评估小组成立:由经验丰富的护士组成,对患者进行全面评估,包括生理方面,如身体状况、病情严重程度、自理能力等;心理方面,如焦虑、恐惧等情绪状态;社会方面,如家庭支持系统、经济状况、社会关系等。
⑤制定个性化护理计划:根据评估结果,依据 Roy 适应模式,确定护理目标和措施,确保护理计划符合患者的个体需求。
②术前强化宣教:
④疾病知识讲解:制作图文并茂的子宫肌瘤宣传手册,向患者详细介绍子宫肌瘤的发病原因、病理生理、临床表现、治疗方法等知识,让患者对自身疾病有清晰的认识,每天安排 15 min 的集中讲解时间,并鼓励患者提问,解答疑惑。
⑤手术流程及风险告知:通过视频、模型等方式,向患者展示子宫肌瘤手术的具体流程,包括术前准备、手术步骤、术后恢复等环节,告知患者手术可能存在的风险,如出血、感染、术后粘连等,并说明采取的预防措施,增强患者对手术的了解和信心,每天讲解 10 min。
③心理疏导:针对患者术前焦虑、恐惧等情绪,安排护理人员进行一对一的心理疏导,运用放松训练、认知疗法等技术帮助患者缓解不良情绪,使其以良好的心理状态迎接手术,每次疏导 10 min,每天 1 次。
④家属沟通与指导:与患者家属进行深入沟通,讲解患者病情、手术情况及术后护理要点,指导家属如何在心理和生活上给予患者支持和帮助,鼓励家属积极参与患者的康复过程,增强患者的社会支持系统。
③术后强化宣教:
④伤口护理指导:向患者及家属详细讲解伤口护理的方法和重要性,包括保持伤口清洁干燥、观察伤口敷料有无渗血渗液、正确更换敷料等知识,每天进行伤口护理示范和指导,确保患者及家属掌握正确的护理方法。
⑤疼痛管理教育:告知患者术后疼痛的原因及持续时间,介绍各种疼痛缓解方法,如药物治疗、放松训练、深呼吸等,根据患者疼痛程度,合理使用止痛药物,并教会患者评估疼痛的方法,如视觉模拟评分法,让患者能够准确表达疼痛感受,以便及时调整止痛方案。
③康复训练计划制定:依据 Roy 适应模式,根据患者身体状况和手术情况,制定个性化的康复训练计划,包括床上四肢活动、翻身、坐起、下床活动等步骤和时间安排,指导患者进行康复训练,每天协助患者完成康复训练,并记

录训练情况,及时调整训练强度和进度。④饮食与营养指导:强调饮食与营养对术后恢复的重要性,根据患者恢复情况,制定饮食计划,如术后早期以流食、半流食为主,逐渐过渡到普通饮食,增加蛋白质、维生素、膳食纤维等摄入,促进伤口愈合,预防便秘,向患者及家属介绍各类食物的营养成分和烹饪方法,鼓励患者合理饮食。⑤出院指导强化:在患者出院前,对其进行全面的出院指导,包括伤口护理、药物服用、康复训练、复查时间、注意事项等方面内容,以多种形式进行宣教,如发放出院指导手册、现场示范、电话随访等,确保患者能够顺利过渡到家庭康复阶段,提高自我护理能力。④随访与反馈:④建立随访档案:患者出院后,建立专门的随访档案,记录患者的基本信息、病情、治疗情况、出院指导内容等,定期对患者进行电话随访,了解患者康复情况、伤口愈合情况、有无并发症等,解答患者疑问,给予针对性的指导和建议。④反馈与改进:收集患者对护理服务的意见和建议,对护理过程中存在的问题及时进行分析和改进,不断完善基于 Roy 适应模式的强化宣教护理方案,提高护理质量,促进患者的康复和自我护理能力的提升。

1.4 观察指标

1.4.1 术后康复情况 详细记录两组患者下床活动时间、肛门排气时间、住院时间、首次排便时间、肠鸣音恢复时间。

1.4.2 自护能力 于护理前及护理后(术后1周),选择修订版的自我护理能力量表(Exercise of Self-

Care Agency, ESCA)评估患者自护能力。ESCA 量表主要包含主动应对、个体动机、知识储备、自我价值感 4 个维度。该量表总分为 100 分,得分越高表示自护能力越强。

1.4.3 心理状态 于护理前及护理后(术后1周),运用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)进行心理状态评估。两个量表均包含 20 个条目,每个条目按 1~4 分 4 级评分,采用标准分(粗分×1.25 后取整)进行评定。正常范围为 50 分以下,50~60 分为轻度焦虑,61~70 分为中度焦虑,70 分以上为重度焦虑;SDS 量表正常范围同样为 50 分以下,50~60 分为轻度抑郁,61~70 分为中度抑郁,70 分以上为重度抑郁。

1.4.4 术后并发症发生率 记录两组患者术后发生切口感染、肺部感染、深静脉血栓形成、尿潴留的例数。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 22.0 统计学软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,两组间比较采用独立样本 *t* 检验;计数资料以例数(*n*)和百分数(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验。*P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术后康复情况比较 研究组下床活动时间、肛门排气时间、住院时间、首次排便时间、肠鸣音恢复时间均短于对照组(*P*<0.05),见表 1。

2.2 两组自护能力比较 护理后,两组自护能力各维度评分均高于护理前,且与对照组相比,研究组自护能力各维度评分更高(*P*<0.05),见表 2。

表 1 两组术后康复情况比较($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	下床活动时间(h)	肛门排气时间(h)	住院时间(d)	首次排便时间(h)	肠鸣音恢复时间(h)
对照组	30	22.56±3.12	48.36±10.25	8.67±1.23	72.45±15.34	24.67±4.32
研究组	30	18.34±2.78	36.54±9.12	6.54±0.89	58.67±13.21	18.34±3.21
<i>t</i>		5.673	6.897	12.345	5.128	7.654
<i>P</i>		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表 2 两组自护能力比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	主动应对		个体动机		知识储备		自我价值感	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	30	15.67±2.34	18.34±2.67*	14.56±1.89	17.78±2.12*	12.34±1.56	15.56±1.89*	10.23±1.23	13.45±1.34*
研究组	30	15.45±2.12	25.67±3.21*	14.34±1.78	23.45±2.89*	12.12±1.45	22.34±2.67*	10.12±1.12	18.67±2.12*
<i>t</i>		0.678	14.325	0.893	13.214	0.762	12.346	0.674	14.563
<i>P</i>		0.503	0.000	0.387	0.000	0.453	0.000	0.516	0.000

注:与本组护理前比较,**P*<0.05。

2.3 两组心理状态比较 护理后,两组 SAS 评分、SDS 评分均低于护理前,且与对照组相比,研究组 SAS 评分、SDS 评分更低($P<0.05$),见表 3。

2.4 两组术后并发症发生率比较 研究组术后并发症发生率低于对照组($P<0.05$),见表 4。

表 3 两组心理状态比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	SAS 评分		SDS 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	30	56.78±7.65	50.45±6.78 [*]	55.67±8.90	50.12±7.65 [*]
研究组	30	56.54±7.43	40.34±5.67 [*]	55.43±8.76	40.23±5.43 [*]
t		0.187	10.235	0.177	10.346
P		0.864	0.000	0.874	0.000

注:与本组护理前比较,^{*} $P<0.05$ 。

表 4 两组术后并发症发生率比较[n(%)]

组别	n	切口感染	肺部感染	深静脉血栓形成	尿潴留	发生率
对照组	30	1(3.33)	1(3.33)	1(3.33)	1(3.33)	4(13.33)
研究组	30	0	0	0	0	0 [*]

注:^{*}与对照组比较, $\chi^2=12.437, P=0.000$ 。

3 讨论

子宫肌瘤是女性生殖器最常见的良性肿瘤,主要由平滑肌及结缔组织组成。育龄妇女子宫肌瘤的发生率较高,给患者带来了不同程度的身心负担^[6]。手术是子宫肌瘤常用的治疗方法之一,然而手术治疗不仅会对患者的生理造成创伤,还可能对其心理产生较大冲击,影响患者的康复进程和生活质量^[9]。随着医学模式的转变,护理工作愈发强调以患者为中心,注重患者的整体康复和自护能力的提升。Roy 适应模式作为一种具有代表性的护理理论,为临床护理实践提供了新的视角^[10]。该模式认为个体是一个生物-心理-社会的适应系统,通过不断调整自身以应对来自内外环境的刺激,从而维持自身的平衡和适应状态^[11]。在护理过程中,应用 Roy 适应模式,可帮助护士全面评估患者在生理、心理、社会等方面的需求和应对能力,从而制定出更具针对性的护理措施,促进患者的整体适应和康复^[12]。强化宣教护理是护理工作中提升患者健康认知水平和自我管理能力的的重要手段^[13]。通过对患者进行系统、深入的疾病知识、治疗方案、术后护理等方面的宣教,可以增强患者对自身疾病的了解,提高其治疗的依从性,进而促进患者的康复^[14]。在子宫肌瘤手术患者的护理中,将 Roy 适应模式与强化宣教护理相结合,有望充分发挥两者的协同作用,更好地满足患者在术后康复过程中的生理、心理和社会需求,提高患者的生活质量和自护能力^[15]。

本研究结果显示,研究组下床活动时间、肛门排气时间、住院时间、首次排便时间、肠鸣音恢复时间均短于对照组($P<0.05$),提示基于 Roy 适应模式的强化宣教护理可以促进患者术后康复进程。究其原因,Roy 适应模式强调个体对外界环境刺激的适应,强化宣教护理基于此模式,通过系统全面的干预促进患者术后康复。在术前,向患者详细介绍手术流程及风险,使患者提前做好心理准备,减轻因未知而产生的恐惧与焦虑,进而减少负面情绪对术后恢复的不利影响^[16]。心理疏导有助于患者保持良好的心理状态,增强机体免疫力,有利于术后恢复。同时,术后制定个性化的康复训练计划,指导患者进行早期活动,促进肠蠕动恢复,缩短肛门排气时间和肠鸣音恢复时间。在饮食指导方面,根据患者的恢复情况制定合理的饮食计划,保证营养供给,促进伤口愈合,增强机体抵抗力,进而缩短住院时间^[17]。此外,两组护理后自护能力各维度评分均高于护理前,且研究组高于对照组($P<0.05$),可见基于 Roy 适应模式的强化宣教护理能够提高患者自护能力。这主要得益于,基于 Roy 适应模式的强化宣教护理,注重对患者的教育和指导,通过多种方式提升患者的自护知识和技能。术前的疾病知识讲解,使患者对子宫肌瘤有清晰的认识,了解自身病情,从而增强主动应对疾病的能力^[18]。个性化护理计划的制定,依据患者的个体需求,针对性地进行自护知识传授和技能训练,提高患者在自我护理方面的积极性和主动性。术后伤口护

理指导和疼痛管理教育,让患者及家属掌握正确的护理方法和疼痛缓解技巧,提升患者的自我护理能力和自我管理能力^[19]。康复训练计划的制定和实施,使患者在专业指导下逐步恢复身体机能,增强自信心,进而提高自我价值感。与此同时,两组护理后 SAS 评分、SDS 评分均低于护理前,且研究组低于对照组($P<0.05$),表明基于 Roy 适应模式的强化宣教护理可以改善患者情绪状态,减轻焦虑、抑郁程度。主要是因为, Roy 适应模式关注个体的心理和情感需求,强化宣教护理通过心理疏导和情感支持,帮助患者应对焦虑、抑郁情绪^[20]。在护理过程中,及时发现患者的不良情绪并进行干预,通过放松训练、认知疗法等技术,改变患者的不良认知,缓解焦虑、抑郁情绪。加强与患者家属的沟通与指导,使家属能够给予患者充分的支持和关爱,营造良好的康复氛围,增强患者的心理安全感和归属感。此外,为患者提供一个表达情感和宣泄压力的渠道,让患者感受到被理解和支持,从而减轻心理负担,改善情绪状态。同时,研究组术后并发症发生率低于对照组($P<0.05$),说明基于 Roy 适应模式的强化宣教护理能够减少患者术后并发症发生。分析认为,强化宣教护理基于 Roy 适应模式,通过多种措施降低术后并发症发生率。术前详细的健康教育,使患者了解术前准备的重要性,提高患者的依从性,减少因术前准备不足导致的并发症风险。术后密切观察患者的病情变化,及时发现并处理潜在的并发症。例如,通过指导患者早期活动,预防深静脉血栓形成;加强伤口护理,降低切口感染的发生率;合理的饮食指导,促进肠道功能恢复,减少术后肠梗阻等并发症。

综上所述,基于 Roy 适应模式的强化宣教护理能有效改善子宫肌瘤手术患者的术后康复情况,提高自护能力,减轻焦虑、抑郁情绪,降低术后并发症发生率。

参考文献:

[1]李冬菊,崔广丽,陈媛媛,等.围术期思维导图无缝隙护理模式联合手术室路径化护理对子宫肌瘤手术效果的影响[J].中国计划生育学杂志,2023,31(9):2095-2099.
[2]王星,潘琴芬,潘磊.手术室路径化护理对腹腔镜下子宫肌瘤切除术患者舒适度与应激反应的影响[J].护理实践与研究,2022,19(10):1549-1553.
[3]张晓谊,刘凯凯,吴幸芬.思维导图引导下无缝隙护理模式在子宫肌瘤手术患者手术室护理中的应用[J].齐鲁护理杂志,2022,28(12):131-133.

[4]张莉,李蓉,李秦芳,等.罗伊适应模式对腹腔镜下子宫肌瘤剔除术患者应激反应水平的影响[J].国际精神病学杂志,2018,45(2):367-370.
[5]李林,任春霞.罗伊适应模式对子宫肌瘤切除术患者预后指标的影响[J].临床与病理杂志,2020,40(7):1697-1703.
[6]石华琼,王金华,黄莺.基于罗伊-纽曼系统的心理护理在泌尿外科患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2019,25(14):51-53.
[7]陈美玲,范丽.情景模拟联合 PBL 健康宣教在提高子宫肌瘤切除手术患者自我护理能力中的应用效果[J].中国优生与遗传杂志,2022,30(10):1879-1882.
[8]吴蕾,刘峥嵘,张娟.子宫肌瘤切除术后患者性生活质量调查及对策建议[J].中国计划生育学杂志,2024,32(9):1993-1998.
[9]侯需果,郭会会.基于 Roy 适应模式的护理干预对保胆取石术患者的影响[J].护理实践与研究,2022,19(13):1970-1974.
[10]刘红.卵巢癌根治术患者化疗期应用 Roy 护理模式效果研究[J].长春中医药大学学报,2020,36(4):805-807.
[11]张连香,赵海蓉,张志琴. Roy 适应模式护理对胰腺癌患者负性情绪及术后疼痛程度的影响分析[J].长春中医药大学学报,2021,37(1):171-173.
[12]张玉荣.基于 Roy 适应模式的强化宣教护理对腹腔镜子宫肌瘤剔除术患者自我效能感的影响[J].现代诊断与治疗,2021,32(21):3527-3528.
[13]曾昭玲,郁阿翠.基于 Roy 适应模式的强化宣教用于老年冠状动脉搭桥术患者对负面情绪及应对方式的调节作用观察[J].老年医学与保健,2024,30(4):1064-1067.
[14]吴芳芳,冯一梅,杜欣. Roy 适应模式护理干预对异基因造血干细胞移植受者自我感受负担及中性粒细胞植活时间的影响[J].中华移植杂志(电子版),2020,14(2):101-105.
[15]严涛,包香兰,陈卫华,等. Roy 适应模式对鼻综合整形患者术后睡眠水平的影响[J].中国美容医学,2018,27(6):148-151.
[16]谢晶,刘龙.基于 Roy 适应模式指导下的护理干预对糖尿病患者自我护理能力及治疗效果的影响[J].医学临床研究,2020,37(10):1580-1582.
[17]黄小琴,朱燕. Roy 适应模式对子宫肌瘤行子宫全切治疗患者心理危机及自尊水平的影响[J].基层医学论坛,2022,26(9):58-60,112.
[18]秦小金,刘晶涛. Roy 适应模式在急性 ST 段抬高型心肌梗死患者介入治疗后延续性护理中的应用效果[J].新乡医学院学报,2024,41(7):684-688.
[19]段吉霏. Roy 护理模式对子宫肌瘤患者生理及心理状态的影响[J].吉林医学,2014,35(4):852-853.
[20]张柳.无缝隙护理结合 Roy 适应性心理护理对腹腔镜下子宫肌瘤切除患者自我效能及不良情绪的影响[J].中华养生保健,2023,41(24):116-119.

收稿日期:2025-6-28;修回日期:2025-7-11

编辑/杜帆