

• 社区护理 •
• 论 著 •

食管癌患者微创手术后重返工作现状及影响因素分析

蔡纯¹, 潜艳¹, 王君慧¹, 方登星², 董翠萍¹

摘要:目的 了解食管癌患者微创食管癌切除术后重返工作岗位的现状及其影响因素,为构建针对性的护理干预方案、促进患者回归社会提供实证依据。**方法** 采用便利抽样法,选取接受微创食管癌切除术的310例患者进行横断面调查,收集患者一般资料、重返工作岗位情况、症状负担、心理状态及社会支持数据资料,采用LASSO回归与logistic回归分析术后重返工作岗位的影响因素。**结果** 食管癌患者微创手术后返岗率为37.10%,术后1~5年的返岗率分别为33.09%、36.25%、31.48%、57.14%和65.22%。logistic回归分析显示,家庭人均月收入≤2 500元,职业为公务员、事业单位、国企员工、农民,术后时间3年以上,以及心理弹性高是食管癌微创手术后患者重返工作岗位的促进因素,而年龄增长、有慢性病史,以及存在进食问题与咳嗽症状是其阻碍因素(均 $P<0.05$)。**结论** 食管癌患者微创手术后返岗率较低,受个人生理、心理与社会经济等多层次因素综合影响。提示应构建整合症状管理、心理支持与职业辅导的个体化康复方案,并从政策层面推动建立更具包容性的职场支持环境,以促进患者回归社会。**关键词:**食管癌; 微创食管癌切除术; 重返工作岗位; 慢性病; 心理弹性; 症状负担; 社会支持
中图分类号:R473.6;R473.2 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2026.11.094

Current status and influencing factors of return to work among patients after minimally invasive esophageal cancer surgery

Cai Chun, Qian Yan, Wang Junhui, Fang Dengxing,

Dong Cuiping. Department of Thoracic Surgery, Tongji Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430030, China

Abstract: **Objective** To investigate the status and influencing factors of return to work in patients after minimally invasive esophagectomy, and to provide evidence for formulating targeted nursing interventions and promoting patients' social reintegration. **Methods** A total of 310 patients undergoing minimally invasive esophagectomy were enrolled in a cross-sectional survey by convenience sampling. The general information, symptom burden, psychological status and social support were collected. LASSO regression and logistic regression were used to analyze the influencing factors of postoperative return to work. **Results** The overall return-to-work rate was 37.10%. The rates at 1 to 5 years after surgery were 33.09%, 36.25%, 31.48%, 57.14% and 65.22%, respectively. Logistic regression analysis showed that monthly per capita household income ≤2 500 yuan, occupation as civil servants or public institution, state-owned enterprise staff and farmer, postoperative duration over 3 years, and high psychological resilience were facilitators for return to work. Advanced age, chronic disease history, eating disorders and cough symptoms were inhibiting factors (all $P<0.05$). **Conclusion** The return-to-work rate of patients after minimally invasive esophageal cancer surgery is low, which is comprehensively affected by physiological, psychological and socioeconomic factors. It is necessary to develop individualized rehabilitation programs integrating symptom management, psychological support and vocational counseling, and establish an inclusive workplace support environment at the policy level to facilitate patients' social reintegration. **Keywords:** esophageal cancer; minimally invasive esophagectomy; return to work; chronic disease; psychological resilience; symptom burden; social support

食管癌是全球常见的消化道恶性肿瘤,我国发病率与病死率均居世界前列^[1]。近年来,随着微创食管癌切除术(Minimally Invasive Esophagectomy, MIE)的广泛应用及多学科综合治疗的进步,患者术后生存率显著提升^[2-3]。这意味着大量处于工作年龄的患者在治疗后将长期带病生存,其治疗后的社会功能康

复,尤其是重返工作岗位(Return to Work, RTW)问题日益凸显。重返工作岗位不仅是患者实现经济自立、维持家庭生活的重要保障,更是其重塑自我认同、回归社会角色、获得心理康复的关键环节^[4-5]。然而,食管癌手术创伤大,涉及消化道重建,患者术后常长期存在吞咽困难、反流、疲劳、营养不良等一系列症状并伴随着焦虑、抑郁等负性情绪^[6],这些均可能对其工作能力与返岗意愿构成严峻挑战。目前,国内研究较多关注食管癌患者的生存率及生活质量,但对其术后重返工作岗位现状及影响因素的针对性探讨尚不充分。因此,本研究旨在调查食管癌患者MIE术后重返工作岗位的现状,并综合分析其影响因素,以期构建针对性护理干预方案、促进患者全面康复回归

作者单位:1. 华中科技大学同济医学院附属同济医院胸外科(湖北 武汉, 430030); 2. 华中科技大学同济医学院护理学院
通信作者:董翠萍, 545369584@qq.com
蔡纯:女,硕士,主管护师, caichun1216@163.com
科研项目:华中科技大学同济医学院附属同济医院科研基金资助项目(2023D01, 2023D26)
收稿:2025-12-19; 修回:2026-02-24

社会提供实证依据。

1 对象与方法

1.1 对象 采用便利抽样,选择在我院胸外科行 MIE 并接受微信群随访的患者为研究对象。纳入标准:①经术后病理学检查确诊为食管癌;②年龄 18~60 岁;③已完成包括微创手术在内的综合治疗,且术后时间≥3 个月;④确诊前从事有薪酬的工作(全职或兼职)。排除标准:①合并其他原发性恶性肿瘤或严重影响功能的慢性疾病(如严重心、肺、肝、肾功能不全);②存在语言沟通、认知功能障碍或精神疾病史。调查对象均知情同意且自愿参加。参考样本量估算方法^[7],以研究中自变量数目的 10 倍进行估算。本研究初步纳入 24 个变量,考虑 15% 的失访或无效率,计算出最小样本量为 283。本研究获得有效样本 310 例,男 260 例,女 50 例;年龄[51.50(49.00, 55.0)]岁;未婚 7 例,已婚 281 例,丧偶 22 例。本研究经医院伦理委员会审核批准(TJ-IRB20221273)。

1.2 调查内容

1.2.1 重返工作定义的界定 参考文献^[4-5],本研究将重返工作定义为,在调查时点已恢复有薪酬的工作(包括全职与兼职)。

1.2.2 一般资料调查表 由研究者参考相关文献自行设计,内容包括人口社会学资料(性别、年龄、性别、文化程度、婚姻状况、职业、家庭人均月收入)和疾病治疗资料(疾病史、治疗方案、病理分期)。

1.2.3 症状负担 采用食管癌患者生命质量特异性模块^[8]评估食管癌患者的症状负担,共 18 个条目,包含吞咽困难、进食、反流、疼痛 4 个维度及 6 个独立症状条目。各条目采用 Likert 4 级评分(没有、有一点、有一些、非常多),再转换为 0~100 的标准分。在症状维度/条目上,得分越高表明症状越严重。中文版量表各维度 Cronbach's α 系数为 0.67~0.82^[8],本研究中该量表各维度 Cronbach's α 系数为 0.66~0.84。

1.2.4 心理弹性 采用心理弹性量表简版^[9]评估个体面对逆境时的适应与恢复能力。量表共 10 个条目,采用 4 级评分(完全不符合、比较不符合、比较符合、完全),总分范围 0~40 分,得分越高表明心理弹性水平越高。该量表在癌症患者中 Cronbach's α 系数为 0.72^[10],本研究中为 0.73。

1.2.5 心理状态 ①采用广泛性焦虑量表^[11]评估过去患者 2 周的焦虑症状严重程度。该量表共 7 个条目,采用 0~3 分评分(3=几乎每天;2=超过一周;1=好几天;0=完全不会),总分 0~21 分。0~4 分正常焦虑;5~9 分轻度焦虑;10~13 分中度焦虑;14~18 分中重度焦虑;19~21 分重度焦虑。该量表在癌症患者中 Cronbach's α 系数为 0.859^[11],本研究中为 0.853。②采用抑郁筛查量表^[11]评估患者过去 2 周的抑郁症状。该量表共 9 个条目,采用 0~3 分评分(3=几乎每天,2=超过一周,1=好几天,0=完全

不会),总分 0~27 分。分数越高,抑郁程度越严重。该量表中文版在癌症患者中 Cronbach's α 系数为 0.852^[11],本研究中为 0.848。

1.2.6 社会支持 采用领悟社会支持量表^[12]评估。该量表共 12 个条目,包含家庭支持、朋友支持、其他支持 3 个维度。采用 1~7 级评分,从“极不同意”到“极同意”,分别计 1~7 分,总分 12~84 分,得分越高表明个体感知到的社会支持水平越高。在本研究中该量表的 Cronbach's α 系数为 0.842。

1.3 资料收集方法与质量控制 将问卷内容统一录入问卷星电子问卷平台,生成在线调查问卷链接。研究者获得胸外科主任、护士长同意后,在术后患者随访微信群发布研究目的、意义和问卷链接。在微信群公告及问卷说明部分清晰阐述研究目的、意义、保密原则及知情同意内容,提供清晰、统一的填写指导,问卷首页设置为“知情同意页”,参与者需阅读并勾选“同意”选项后,方可进入正式问卷部分,匿名填写并在线提交。问卷设置逻辑检查,如对关键人口学变量设置必填项,对部分选项设置跳转逻辑。研究者定期查看后台,监控问卷填写进度,对长时间未完成的潜在参与者给予一次性友好提醒。对回收的问卷,研究者利用“问卷星”平台功能及人工检查相结合的方式,筛查填写时间过短(如低于合理时长的 1/3)、答案呈现明显规律性(如所有条目选择同一选项)的问卷,予以剔除。最终回收问卷 325 份,有效问卷 310 份,有效率为 95.38%。

1.4 统计学方法 采用 SPSS26.0 软件进行描述性分析,符合或近似正态分布的定量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用独立样本 t 检验或方差分析;非正态分布的定量资料以 $[M(P_{25}, P_{75})]$ 表示,两组间比较采用 Mann-Whitney 秩和检验;定性资料用例数、百分比(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验或 Fisher 确切概率法。运用 R4.3.3 软件的 glmnet 程序包执行 LASSO 筛选影响返岗工作的变量,再进行 logistic 回归分析。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 食管癌切除术后患者重返工作岗位情况 310 例食管癌患者中,115 例在手术治疗后不同时间返岗,总返岗率为 37.10%,术后[0.5~1]年、(1,2]年、(2,3]年、(3,4]年及(4,5]年重返工作岗位占比分别为 33.09%、36.25%、31.48%、57.14%、65.22%,其中最早返岗时间为术后 1 年内(46/139,33.09%),最晚返岗时间为术后<4~5 年(15/23,65.22%)。返岗率较高的职业为公务员、事业单位及国企员工(37/63,58.73%)和农民(47/84,55.95%),较低的为民营企业员工(6/37,16.23%)和建筑、快递、工人等体力劳动者(14/75,18.67%)。

2.2 食管癌微创手术后患者症状负担、心理弹性、心理状态及社会支持得分 见表 1。

表 1 食管癌微创手术后患者症状负担、心理弹性、心理状态及社会支持得分($n=310$)

项目	得分[$M(P_{25}, P_{75})$]
症状负担	
吞咽困难	11.11(0.00, 22.23)
吞咽唾液	0.00(0.00, 0.00)
梗阻	33.33(0.00, 33.33)
进食问题	25.00(16.67, 41.67)
口干	33.33(0.00, 33.33)
味觉问题	0.00(0.00, 33.33)
咳嗽	33.33(0.00, 33.33)
言语问题	0.00(0.00, 33.33)
反流	33.33(33.33, 66.67)
疼痛	22.23(11.11, 33.33)
心理弹性	33.00(29.00, 34.00)
抑郁症状	11.00(10.00, 14.00)
焦虑症状	10.00(8.00, 12.00)
社会支持	58.00(52.00, 63.00)

2.3 食管癌微创手术后患者重返工作岗位的单因素分析 见表 2、3。

表 2 食管癌微创手术后患者重返工作岗位的单因素分析(分类变量) 例

项目	例数	未重返工作 ($n=195$)	重返工作 ($n=115$)	χ^2	P
性别				0.031	0.861
男	260	163	97		
女	50	32	18		
文化程度				24.220	<0.001
小学及以下	44	37	7		
初中	126	66	60		
高中或中专	86	65	21		
大专及以上	54	27	27		
婚姻状况				0.757*	
未婚	7	5	2		
已婚	281	175	106		
丧偶	22	15	7		
职业(术前)				48.534	<0.001
公务员、事业单位与 国企员工	63	26	37		
民营企业员工	37	31	6		
建筑、快递、工人等 体力劳动者	75	61	14		
农民	84	37	47		
个体户	51	40	11		
家庭人均月收入(元)				19.782	<0.001
≤2 500	99	55	44		
2 501~5 000	94	75	19		
5 001~10 000	90	46	44		
>10 000	27	19	8		
治疗方式				14.774	<0.001
手术	228	129	99		
手术+辅助治疗	82	66	16		
慢性病史 ^a				10.873	0.002
有	103	78	25		
无	207	117	90		
病理分期				7.948	0.019
Ⅰ期及以下	40	21	19		
Ⅱ期	165	97	68		
Ⅲ期	105	77	28		
术后时间(年)				11.914	0.018
[0.5~1.0]	139	93	46		
(1,2]	80	51	29		
(2,3]	54	37	17		
(3,4]	14	6	8		
(4,5]	23	8	15		

注：^a 慢病史包含高血压、糖尿病、冠心病、COPD。^{*} 为 Fisher 精确概率法。

表 3 食管癌微创手术后患者重返工作岗位的单因素分析(连续性变量) 分, $M(P_{25}, P_{75})$

项目	未重返工作 ($n=195$)	重返工作 ($n=115$)	Z	P
年龄 [*]	53.00(50.00, 56.00)	51.00(46.00, 54.00)	5.458	<0.001
症状负担				
吞咽困难	11.11(0.00, 33.33)	11.11(0.00, 22.23)	3.935	<0.001
吞咽唾液	0.00(0.00, 0.00)	0.00(0.00, 0.00)	1.141	0.054
梗阻	33.33(0.00, 33.33)	33.33(0.00, 33.33)	0.784	0.388
进食问题	33.33(25.00, 41.67)	16.67(8.33, 25.00)	8.197	<0.001
口干	33.33(0.00, 33.33)	33.33(0.00, 33.33)	0.172	0.848
味觉问题	0.00(0.00, 33.33)	0.00(0.00, 0.00)	5.533	<0.001
咳嗽	33.33(0.000, 66.67)	0.00(0.000, 0.000)	8.840	<0.001
言语问题	33.33(0.00, 33.33)	0.00(0.00, 33.33)	4.348	<0.001
反流	33.33(33.33, 66.67)	33.33(25.00, 66.67)	0.190	0.845
疼痛	22.23(11.11, 33.33)	22.23(11.11, 22.23)	2.746	0.005
心理弹性	31.00(28.00, 34.00)	34.00(32.50, 37.00)	7.458	<0.001
抑郁症状	12.00(10.00, 14.00)	10.00(10.00, 13.00)	3.550	0.015
焦虑症状	11.00(8.00, 13.00)	8.00(8.00, 12.00)	1.860	0.050
社会支持	58.00(52.00, 63.00)	57.00(53.00, 65.00)	0.940	0.350

注：^{*} 年龄单位为岁。

2.4 食管癌微创手术后患者重返工作岗位多因素分析

2.4.1 LASSO 回归分析 由于自变量数较多并且可能存在多重共线性,本研究采用 LASSO 回归处理共线性问题。将单因素分析中有统计学意义的变量纳入 LASSO 回归模型进一步分析。为消除量纲影响并确保 LASSO 回归惩罚的公平性,对所有连续性自变量进行 Z-score 标准化处理;分类变量(如疾病史、病理分期)以虚拟变量形式直接纳入。选取交叉验证误差 1 倍标准差范围内的最大 λ 作为最优值,并以此否重返工作岗位为结局变量, LASSO 回归筛选出 12 个变量为关键变量,分别为年龄、家庭人均月收入、职业、治疗方式、疾病史、病理分期、术后时间、进食问题、味觉问题、咳嗽、抑郁症状、心理弹性,十折交叉验证图见附件 1、LASSO 回归系数收敛路径图见附件 2。

2.4.2 logistic 回归分析 以是否重返工作岗位为因变量(是=1,否=0),将 LASSO 回归分析筛选出的 12 个变量作为自变量进行 logistic 回归分析。结果显示,家庭人均月收入≤2 500 元,职业为公务员/事业单位/国企员工、农民,术后时间 3 年以上,以及心理弹性高是食管癌微创手术后患者重返工作岗位的促进因素,而年龄增长、有慢性病史,以及存在进食问题与咳嗽症状是其阻碍因素(均 $P<0.05$)。见表 4。

3 讨论

3.1 食管患者微创手术后症状负担与心理困扰严重,重返工作岗位情况不容乐观 本研究显示,接受微创食管癌切除术的患者术后重返工作岗位的整体形势严峻,总返岗率仅为 37.10%。术后 5 年内返岗率呈现从 33.09%逐步上升至 65.22%的趋势,但整体提升缓慢,且在术后 3 年内存在明显的平台期(约 30.00%),直至术后 4~5 年才出现显著改善。这一“延迟提升”模式提示,食管癌的康复与职业回归是一

个长期的过程,术后早期是功能恢复与症状适应的关键瓶颈期。本研究的重返工作岗位率显著低于荷兰(术后 1 年达 69%)^[13] 及意大利(术后 1 年达 64%)^[14] 的报告。这种差距可能与医疗康复体系与社会保障网络的差异有关,同时也凸显了在身体健康状态与工作条件要求冲突时制度性支持的重要性^[15]。

本研究发现,食管癌患者术后心理弹性水平较高,社会支持处于中等水平;但患者术后仍普遍存在多种疾病相关症状,且伴有中等程度的焦虑与抑郁情

表 4 食管癌微创手术后患者重返工作岗位 logistic 回归分析(*n* = 310)

	β	SE	Wald χ^2	<i>P</i>	OR(95%CI)
常量		4.573	6.941	0.008	
年龄	-2.624	0.521	25.417	<0.001	0.072(0.026,0.201)
职业			58.690	<0.001	
公务员、事业单位与 国企员工	2.366	0.330	51.500	<0.001	10.655(4.933,17.965)
农民	1.141	0.473	5.820	0.016	3.129(1.227,7.825)
家庭人均月收入					
≤2 500 元	2.364	0.272	75.460	<0.001	10.627(5.297,15.384)
有慢性病史	-1.061	0.504	4.440	0.035	0.346(0.094,0.677)
术后时间			155.770	<0.001	
(3,4]年	3.207	0.262	149.600	0.000	24.694(12.389,34.624)
(4,5]年	0.883	0.388	5.180	0.023	2.417(1.003,4.586)
症状负担					
进食问题	-3.670	0.803	20.884	<0.001	0.025(0.005,0.123)
咳嗽	-3.892	0.730	28.442	<0.001	0.020(0.005,0.085)
心理弹性	2.690	0.558	23.208	<0.001	14.733(4.932,44.016)

注:变量赋值:家庭人均月收入,以 5001~10000 元为参照;职业,以建筑、快递、工人等体力劳动者为参照;慢性病史,有=1,无=0;术后时间以[0.5,1]年为参照。年龄、症状负担、心理弹性均以原值输入。

3.2 多因素影响食管患者癌微创手术后重返工作岗位

3.2.1 年龄、慢性病史、术后时间与症状负担影响返岗率 ①年龄增长是食管患者癌微创手术后重返工作岗位的阻碍因素(*OR* = 0.072, *P* < 0.05)。随着年龄增长,机体的功能储备与修复能力下降,可能使患者更难耐受手术创伤并应对术后长期的康复挑战,从而延迟或阻碍其重返工作岗位。Butow 等^[21] 的综述指出,年龄较大的癌症幸存者重返工作岗位过程通常更为艰难。②有慢性病史同样显著降低了重返工作岗位的可能性(*OR* = 0.346, *P* < 0.05)。慢性病的存在增加了围手术期风险与术后并发症的发生率,也可能与癌症及其治疗相互作用,加剧疲劳、疼痛等症状,整体上延缓了功能恢复的进程。Schellack 等^[22] 的研究表明,有合并症的癌症患者工作能力受损更严重,重返工作岗位时间更晚。因此,围手术期及术后长期的共病协同管理尤为关键。③术后持续的特定症状(如进食问题和咳嗽)是阻碍重返工作岗位的直接生理因素。由于食管癌手术涉及消化道重建,可导致胃容量减小、消化功

绪。食管癌手术涉及的消化道重建导致患者长期面临吞咽障碍、反流、进食等症状群^[16],这些症状从生理和心理两个层面影响着患者工作参与状态。与国内其他癌种相比,本组患者返岗率也普遍低于乳腺癌、结直肠癌等群体的报告^[17-18];而对于已返岗工作的食管患者,也普遍经历工作节奏被迫放缓、注意力难以集中及病假增加等问题^[19-20]。由此可见,术后持续存在的症状负担与心理困扰,是食管癌患者返岗率长期处于低位的重要制约因素。

能下降、抗反流机制破坏等,患者常长期存在咳嗽与进食障碍,严重影响其术后生活质量^[16]。④术后时间是影响返岗率重要的环境变量,本研究显示术后 3 年以上患者返岗率显著提升。术后初期症状最突出,返岗率处于低位。随着时间推移,患者积累了症状自我管理经验,逐渐接纳并适应了“新常态”,返岗率才得以显著提升^[23]。上述结果提示护士应早期识别年龄较大、多病共存的高危人群,并以术后持续的进食问题、咳嗽等症状为核心靶点,实施贯穿急性期、中期与长期的阶段性干预策略,从而有效减轻患者症状负担,为其重返工作岗位提供功能支持。

3.2.2 心理弹性越高,返岗率越高 本研究发现,心理弹性高的患者重返工作岗位显著提升。个体对相同症状的反应和适应能力存在巨大差异。Tamura 等^[24] 指出,心理弹性高的食管癌患者有强大的信念和足够的毅力,来有效地应对癌症,从而能够成功适应癌症后的生活;而心理弹性中等的患者恢复力一般,自我调适能力较弱,易产生心理困扰;心理弹性低的患者则在疾病应对中表现出缺乏毅力与沉着。此外,心理弹性与症状密切相关^[25],高适应力的食管癌患者报告的症状困扰较少。Fitch 等^[26] 也发现较好的社会心理状态是癌症患者重返工作岗位的促进因素。值得关注的是,通过同伴支持或榜样观察,心理弹性较高的患者可为他人提供有效的应对策略,帮助其保持积极心态^[27]。提示医护人员在制订干预策略时,应充分运用同伴支持,持续发挥其在患者自我管理与生活质量提升中的积极作用。

3.2.3 社会经济层面:工作性质与家庭经济压力影响返岗率 公务员、事业单位及国企员工返岗率为 58.73%,显著高于民营企业员工的 16.22%。二者

虽均为脑力劳动者,但在工作保障、组织支持与制度包容度上存在明显差异。体制内岗位可提供稳定带薪病假、灵活工作安排,员工不易因健康问题失业。Malmström 等^[28]研究指出,雇主的理解与支持对返岗至关重要,而这类支持多依托制度化政策与组织文化实现。体力劳动者群体中,农民返岗率达 55.95%,处于较高水平;建筑、搬运工人返岗率仅 18.67%。农民依托自有土地自主经营,工作时间自由,劳作节奏可根据自身康复情况调整,不受雇主考勤约束。建筑、搬运工人则面临双重困境:高强度体力劳动与疲劳、乏力等健康症状相冲突,同时其就业稳定性差,缺乏慢性病患者相关就业保护政策。Le 等^[15]也证实,从事高体力要求工作的癌症幸存者返岗难度更高。此外,家庭经济压力对患者返岗存在显著影响,家庭月收入≤2 500 元的患者更倾向于重返工作,凸显了癌症经济毒性带来的现实压力。高额医疗支出消耗家庭积蓄,加之收入来源不稳定,患者往往被迫在身体未完全康复时带病返岗以维持生计^[22]。此类生存驱动型返岗易引发长期健康隐患,医护人员应予以重视,主动对接社会资源,为患者提供相应帮扶与保障。

4 结论

食管癌微创术后患者因持续存在的健康问题,总体重返工作岗位率较低。术前合并慢性疾病、术后时间、职业类型、术后症状负担(进食问题、咳嗽)及心理弹性水平在不同程度上影响着患者的返岗状况。提示医务人员应重点关注合并慢性病史的高危人群,强化食管癌患者出院后的症状管理,积极提升患者心理弹性,并构建延续性健康管理策略。同时,可探索联合政府部门及企业,共同推进癌症患者再就业支持项目,提供适配的工作机会与就业指导,帮助患者顺利回归社会,实现身心整体的康复目标。本研究存在一定局限性:本研究为单中心小样本量研究,研究结果可能存在一定偏倚;采用横断面设计,难以捕捉患者生活质量、心理弹性及重返工作岗位状态的动态演变过程。未来建议开展多中心、大样本、前瞻性纵向研究,以进一步验证相关因素的作用机制,为促进食管癌微创术后患者重返工作岗位提供更为充分的理论依据与实践指导。

附件 1 十折交叉验证图
附件 2 LASSO 回归系数收敛
路径图
请用微信扫码查看



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] Thrumurthy S G, Chaudry M A, Thrumurthy S S D, et

al. Oesophageal cancer: risks, prevention, and diagnosis [J]. BMJ, 2019, 366: 14373.

[3] Abou Chaar M K, Godin A, Harmsen W S, et al. Determinants of long-term survival decades after esophagectomy for esophageal cancers[J]. Ann Thorac Surg, 2023, 116(5): 1036-1044.

[4] 郭亚雯, 符博, 梅永霞, 等. 重返工作测评工具研究进展[J]. 中国康复理论与实践, 2018, 24(12): 1417-1421.

[5] Yagil D, Eshed-Lavi N, Carel R, et al. Return to work of cancer survivors: predicting healthcare professionals' assumed role responsibility[J]. J Occup Rehabil, 2019, 29(2): 443-450.

[6] Katz A, Nevo Y, Ramírez García Luna J L, et al. Long-term quality of life after esophagectomy for esophageal cancer[J]. Ann Thorac Surg, 2023, 115(1): 200-208.

[7] 倪平, 陈京立, 刘娜. 护理研究中量性研究的样本量估计[J]. 中华护理杂志, 2010, 45(4): 378-380.

[8] Chie W C, Tsai C J, Chiang C, et al. Quality of life of patients with oesophageal cancer in Taiwan: validation and application of the Taiwan Chinese (Mandarin) version of the EORTC QLQ-OES 18: a brief communication [J]. Qual Life Res, 2010, 19(8): 1127-1131.

[9] 张丹梅, 熊梅, 李彦章. 心理弹性量表简版在社区老年人中的信效度检验[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2018, 27(10): 942-946.

[10] 于立扬, 李彦章, 柯心雨. 患癌老年人心理弹性在日常生活活动能力与疾病进展恐惧中的调节效应[J]. 成都医学院学报, 2023, 18(5): 606-610.

[11] 王贝蒂. PHQ-9 和 GAD-7 在恶性肿瘤患者中的应用研究[D]. 长沙: 中南大学, 2013.

[12] 汪向东. 心理卫生评定量表手册[M]. 增订版. 北京: 中国心理卫生杂志社, 1999: 131-133.

[13] Geeraerts M, Silva Corten L C, van Det M, et al. Insights in work rehabilitation after minimally invasive esophagectomy[J]. Surg Endosc, 2019, 33(10): 3457-3463.

[14] Pinto E, Cavallin F, Alfieri R, et al. Impact of esophagectomy for cancer on patients' occupational status[J]. Eur J Surg Oncol, 2016, 42(1): 103-109.

[15] Le G H, Hermansen Å, Dahl E. Return to work after cancer-the impact of working conditions: a Norwegian Register-based Study[J]. J Cancer Surviv, 2025, 19(3): 766-778.

[16] Toh Y, Morita M, Yamamoto M, et al. Health-related quality of life after esophagectomy in patients with esophageal cancer[J]. Esophagus, 2022, 19(1): 47-56.

[17] Chen W L, Chen Y Y, Wu W T, et al. Life expectancy estimations and determinants of return to work among cancer survivors over a 7-year period[J]. Sci Rep, 2021, 11(1): 12858.

[18] Su M, Zhang N, Cai Y, et al. Work and income changes after cancer in rural China: a cross-sectional survey[J]. Cancer Med, 2019, 8(18): 7859-7868.

- evaluation of the Eating Disorder Examination and Eating Disorder Examination-Questionnaire: a systematic review of the literature[J]. *Int J Eat Disord*, 2012, 45(3):428-438.
 - [26] Passi V A, Bryson S W, Lock J. Assessment of eating disorders in adolescents with anorexia nervosa: self-report questionnaire versus interview[J]. *Int J Eat Disord*, 2003, 33(1):45-54.
 - [27] Bulant J, Hill M, Veliková M, et al. Changes of BMI, steroid metabolome and psychopathology in patients with anorexia nervosa during hospitalization [J]. *Steroids*, 2020, 153:108523.
 - [28] Cooper P J, Taylor M J, Cooper Z, et al. The development and validation of the Body Shape Questionnaire [J]. *Int J Eat Disord*, 1987, 6(4):485-494.
 - [29] Lentillon-Kaestner V, Berchtold A, Rousseau A, et al. Validity and reliability of the French Versions of the Body Shape Questionnaire [J]. *J Pers Assess*, 2014, 96(4):471-477.
 - [30] Da Silva W R, Swami V, Nogueira Neves A, et al. The Body Shape Questionnaire is not invariant across sex: evidence from Portuguese-speaking university students [J]. *PMS*, 2019, 126(3):462-476.
 - [31] Gelin Z, Cook-Darzens S, Simon Y, et al. Two models of multiple family therapy in the treatment of adolescent anorexia nervosa: a systematic review [J]. *Eat Weight Disord*, 2016, 21(1):19-30.
 - [32] Asen E. Multiple family therapy: an overview[J]. *J Fam Ther*, 2002, 24(1):3-16.
 - [33] Scholz M, Rix M, Scholz K, et al. Multiple family therapy for anorexia nervosa: concepts, experiences and results[J]. *J Eat Disord*, 2005, 27(2):132-141.
 - [34] Stewart C S, Baudinet J, Hall R, et al. Multi-family therapy for bulimia nervosa in adolescence: a pilot study in a community eating disorder service[J]. *Eat Disord*, 2021, 29(4):351-367.
 - [35] Tantillo M, McGraw J S, Lavigne H M, et al. A pilot study of multifamily therapy group for young adults with anorexia nervosa: reconnecting for recovery[J]. *Int J Eat Disord*, 2019, 52(8):950-955.
 - [36] Gabel K, Pinhas L, Eisler I, et al. The effect of multiple family therapy on weight gain in adolescents with anorexia nervosa: pilot data[J]. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2014, 23(3):196-199.
 - [37] Funderud I, Halvorsen I, Kvakland A L, et al. Multi-family therapy for adolescent eating disorders: a study of the change in eating disorder symptoms from start of treatment to follow-up[J]. *J Eat Disord*, 2023, 11:92.
 - [38] Engman-Bredvik S, Carballeira Suarez N, Levi R, et al. Multi-family therapy in anorexia nervosa: a qualitative study of parental experiences[J]. *Eat Disord*, 2016, 24(2):186-197.
 - [39] Voriadaki T, Simic M, Espie J, et al. Intensive multi-family therapy for adolescent anorexia nervosa: adolescents' and parents' day-to-day experiences[J]. *J Fam Ther*, 2015, 37(1):5-23.
 - [40] Depestele L, Claes L, Dierckx E, et al. An adjunctive multi-family group intervention with or without patient participation during an inpatient treatment for adolescents with an eating disorder: a pilot study[J]. *Eur Eat Disord Rev*, 2017, 25(6):570-578.
 - [41] Brinchmann B S, Moe C, Valvik M E, et al. An aristotelian view of therapists' practice in multifamily therapy for young adults with severe eating disorders[J]. *Nurs Ethics*, 2019, 26(4):1149-1159.
- (本文编辑 黄辉, 吴红艳)
-
- (上接第 98 页)
- [19] Kingma B F, Rauwerdink P, Brenkman H J F, et al. Do esophageal cancer survivors work after esophagectomy and do health problems impact their work? A cross-sectional study[J]. *J Cancer Surviv*, 2020, 14(3):253-260.
 - [20] 张会民, 潘兰, 李瑞娟, 等. 食管癌手术患者重返工作后健康和劳动力现状及与其与生活质量的相关性[J]. *医药论坛杂志*, 2023, 44(14):45-49, 53.
 - [21] Butow P, Laidsaar-Powell R, Konings S, et al. Return to work after a cancer diagnosis: a meta-review of reviews and a meta-synthesis of recent qualitative studies[J]. *J Cancer Surviv*, 2020, 14(2):114-134.
 - [22] Schellack S, Breidenbach C, Rick O, et al. Predictive factors for return to work among cancer survivors in Europe: a systematic review[J]. *Crit Rev Oncol Hematol*, 2024, 200:104422.
 - [23] Li Y, Zhang Z, Ma X, et al. A latent class analysis of resilience and its association with patient-reported symptoms in patients with esophageal cancer after esophagectomy[J]. *Front Psychol*, 2023, 14:1241129.
 - [24] Tamura S, Suzuki K, Ito Y, et al. Factors related to the resilience and mental health of adult cancer patients: a systematic review[J]. *Support Care Cancer*, 2021, 29(7):3471-3486.
 - [25] Zhang Y, Zhu M, Wu X, et al. Factors associated with returning to work and work ability of colorectal cancer survivors[J]. *Support Care Cancer*, 2022, 3(30):2349-2357.
 - [26] Fitch M I, Nicoll I. Returning to work after cancer: survivors', caregivers', and employers' perspectives [J]. *Psychooncology*, 2019, 28(4):792-798.
 - [27] 汤聪, 乔成平, 姜晨, 等. 我国癌症人群重返工作岗位现状及影响因素的系统评价[J]. *解放军护理杂志*, 2022, 39(8):73-77.
 - [28] Malmström M, Ivarsson B, Johansson J, et al. Long-term experiences after oesophagectomy/gastrectomy for cancer: a focus group study[J]. *Int J Nurs Stud*, 2013, 50(1):44-52.
- (本文编辑 赵梅珍)