·营养护理·
·论　　著·

胃肠息肉切除患者饮食行为潜在剖面及影响因素分析

刘昌益，潘晓飞，张尹芳，李倩，王静，金明

摘要：目的 探讨胃肠息肉切除患者饮食行为潜在剖面特征，并分析其影响因素，为临床饮食干预的个性化设计提供参考。**方法** 2024 年 1 月至 2025 年 7 月便利选取 218 例胃肠息肉切除患者为研究对象，采用一般资料调查表、荷兰饮食行为问卷、一般自我效能感量表、家庭关怀度指数量表、社会支持评定量表对患者进行调查。使用潜在剖面分析识别胃肠息肉切除患者饮食行为的潜在剖面类别，并采用 logistic 回归分析潜在剖面的影响因素。**结果** 胃肠息肉切除患者饮食行为得分为(84.45±10.25)分。该群体饮食行为可分为 3 个类别：饮食节制—高适应组 64 例(29.36%)、策略性限制—风险感知组 101 例(46.33%)、情绪驱动—普遍失调组 53 例(24.31%)。logistic 回归分析结果显示，年龄、家庭人均月收入、文化程度、自我效能、家庭功能及社会支持为胃肠息肉切除患者饮食行为潜在剖面的影响因素。**结论** 胃肠息肉切除患者饮食行为存在群体异质性，且与多种因素有关，临床应依类别特征针对性评估干预，以改善该群体异常饮食行为，促进康复。

关键词：胃肠息肉切除；　饮食行为；　自我效能；　家庭功能；　社会支持；　营养护理
中图分类号：R473.6；R473.2　**DOI：**10.3870/j.issn.1001-4152.2026.19.109

Potential profile and influencing factors of dietary behavior in patients after gastrointestinal polypectomy

Liu Changyi, Pan Xiaofei, Zhang Yinfang, Li Qian, Wang Jing, Jin Ming.
Department of General Surgery, Affiliated Hospital of West Anhui Health Vocational College, Lu'an 237000, China

Abstract: Objective To explore the latent profile characteristics of dietary behaviors in patients after gastrointestinal polypectomy and analyze their influencing factors, so as to provide a reference for personalized clinical dietary intervention. **Methods** From January 2024 to July 2025, 218 patients after gastrointestinal polypectomy were recruited by convenience sampling. The general information questionnaire, the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ), the General Self-Efficacy Scale (GSES), the Family APGAR Index, and the Social Support Rating Scale (SSRS) were administered. Latent profile analysis was used to identify dietary behavior profiles, and logistic regression was applied to analyze influencing factors. **Results** The mean dietary behavior score was 84.45±10.25. Three profiles were identified: dietary restraint-high adaptation (n=64, 29.36%), strategic restriction-risk perception (n=101, 46.33%), and emotion-driven-general dysregulation (n=53, 24.31%). Logistic regression showed that age, per capita monthly household income, educational level, self-efficacy, family function, and social support were influencing factors of the latent profiles. **Conclusion** Dietary behaviors in patients after gastrointestinal polypectomy exhibit population heterogeneity and are associated with multiple factors. Clinical assessment and intervention should be tailored to profile characteristics to correct disordered eating and promote recovery.

Keywords: gastrointestinal polypectomy; dietary behaviors; self-efficacy; family function; social support; nutritional nursing

胃肠息肉是一种常见的胃肠道疾病，发病率随着年龄增长而升高[1]。近年来，随着内镜技术的发展，内镜下黏膜切除术已成为治疗胃肠息肉的主要方法，具有创伤小、恢复快等优点[2]。然而，术后患者的饮食行为直接影响其康复进程和并发症发生率。不良的饮食习惯不仅可能导致术后出血、感染等并发症，还可能影响创面愈合，延缓康复时间[3]。目前，针对胃肠息肉切除患者饮食行为的研究多采用传统的变量中心分析方法，忽略了个体间的异质性，易导致部分患者评估结果片面化，影响后续干预措施的精准性与有效性[4]。因此，了解胃肠息肉切除患者的饮食行为特征类别，对制订针对性的干预措施具有重要意义。自我效能感作为个体对自身完成特定行为能力的信念，是驱动健康行为改变的核心内在动因，直接影响患者术后饮食管理的依从性与持续性；而社会支持理论强调个体通过家庭、朋友及社会网络获得的情感、信息与工具性支持，是维持健康行为的重要外部资源[5]。家庭支持作为社会支持的关键组成部分，在术后饮食行为调整中发挥着不可替代的作用[6]。将自我效能感、家庭支持及社会支持纳入分析框架，有助于从内外双重维度揭示影响胃肠息肉切除患者饮食行为的关键因素。基于此，本研究拟采用潜在剖面分析法，探讨胃肠息肉切除患者饮食行为的潜在类别及其特征，并进一步分析自我效能感、家庭支持与社会支持对不同饮食行

作者单位：皖西卫生职业学院附属医院普外科(安徽 六安，237000)
通信作者：潘晓飞，461046693@qq.com
刘昌益：女，本科，主管护师，liuchangY8541@163.com
收稿：2026-05-16；修回：2026-07-20

为类别的影响，以期为临床饮食干预的个性化设计提供参考。

1　对象与方法

1.1　对象　便利选取2024年1月至2025年7月我院普外科收治的胃肠息肉切除患者为研究对象。纳入标准：①符合胃肠息肉的诊断标准[7]，经病理检查确诊；②符合手术指征，已行胃肠息肉切除术且处于术后1～3个月，已恢复经口饮食；③年龄≥18岁；④知情同意，自愿参与本研究。排除标准：①并存其他严重器官系统疾病或恶性肿瘤；②并存其他消化道疾病；③妊娠期、哺乳期妇女；④并存严重精神认知功能障碍。样本量为纳入自变量的10～15倍，本研究纳入自变量15个，另考虑10%样本丢失率，所需样本量应为167～250。本研究有效调查218例患者。本研究已经医院医学伦理委员批准（院伦审LAEY-2024-023），研究对象均知情同意。

1.2　调查工具

1.2.1　一般资料调查表　包括性别、年龄、文化程度、家庭人均月收入、婚姻状况、工作状况、居住地、医疗费用支付方式、息肉类型、息肉数量、术后并发症、住院时间。

1.2.2　荷兰饮食行为问卷　由李勇男等[8]汉化，包含情绪性饮食（13个条目）、限制性饮食（10个条目）和外因性饮食（10个条目）3个维度33个条目。采用Likert 5级评分法，从“从不”到“总是”分别计1～5分。总分33～165分，得分越高异常进食行为越多。本研究中该量表的Cronbach's α系数为0.87。

1.2.3　一般自我效能量表　采用王才康等[9]汉化的量表，该量表为单维度，共10个条目。采用4级评分法，从“完全不正确”到“完全正确”分别计1～4分。总分10～40分，得分越高表示自我效能感越高。本研究中该量表的Cronbach's α系数为0.86。

1.2.4　家庭关怀度指数量表　由Smilkstein[10]编制，为单维度量表，共5个条目。采用Likert 3级评分法，从“几乎很少”到“经常这样”计0～2分。总分0～10分，得分越高表示家庭功能越好。本研究中该量表的Cronbach's α系数为0.83。

1.2.5　社会支持评定量表　由肖水源[11]编制，包括客观支持（3个条目）、主观支持（4个条目）及对支持的利用度（3个条目）3个维度10个条目。根据条目具体情况计分，总分12～66分，得分越高社会支持越好。本研究中该量表的Cronbach's α系数为0.90。

1.3　资料收集　数据收集前，对参与数据收集的研究小组成员展开统一培训，包括量表的使用说明、数据收集流程、与患者的沟通技巧及如何处理特殊情况的指导。选取出院1～3个月于门诊随访的患者为研究对象。由2名研究人员采用统一指导语介绍问卷，在征得患者同意后发放纸质调查问卷，对于患者不能理解的内容研究者及时作出解释，填写完成后及时回收问卷，对有明显逻辑错误的问卷进行筛除。将回收的问卷由2名研究者核对后录入计算机。本研究发放问卷224份，回收有效问卷218份，有效回收率为97.32%。

1.4　统计学方法　采用SPSS25.0软件分析数据。行统计描述、t检验、方差分析、χ^2检验、Fisher精确概率法、秩和检验、logistic回归分析。采用Mplus 8.7软件构建潜在剖面模型，AIC、BIC、aBIC数值越小，提示模型拟合效果越优；Entropy越高模型分类越精准。k个类别模型的LMR和基于Bootstrap的BLRT的P值具有统计学意义时，k个类别模型优于$k-1$个类别。检验水准$\alpha=0.05$。

2　结果

2.1　胃肠息肉切除患者一般资料　218例患者中，男124例，女94例；年龄19～83（55.11±12.39）岁。婚姻情况：已婚168例，未婚50例。工作状况：在职112例，离职/退休106例。居住地：城镇161例，农村57例。医疗费用支付方式：城镇职工医疗保险146例，新型农村合作医疗45例，自费27例。息肉类型：胃息肉18例，肠息肉187例，胃息肉合并肠息肉13例。息肉数量：单发性162例，多发性56例。24例有术后并发症；住院时间为5～9（7.25±1.36）d。

2.2　胃肠息肉患者饮食行为、一般自我效能、家庭关怀指数、社会支持得分　见表1。

表1　胃肠息肉患者饮食行为、一般自我效能、家庭关怀指数、社会支持得分（$n=218$）　分，$\bar{x}\pm s$

项目	总分	条目均分
饮食行为	84.45±10.25	2.56±0.30
情绪性饮食	33.27±3.69	2.55±0.33
限制性饮食	27.45±3.61	2.75±0.36
外因性饮食	23.72±3.33	2.37±0.33
一般自我效能	24.62±7.98	2.46±0.80
家庭关怀指数	6.48±1.22	1.30±0.24
社会支持	35.48±9.31	

2.3　胃肠息肉切除患者饮食行为潜在剖面及命名　以饮食行为3个维度为外显变量，进行潜在剖面分析。模型3的LMR、BLRT差异有统计学意义（均$P<0.05$），AIC、BIC、aBIC均小于模型2，且Entropy最高，提示选择3个潜在类别时模型分类准确性最优。见表2。以胃肠息肉切除患者饮食行为各维度为横坐标，得分为纵坐标，绘制饮食行为潜在剖面图，见图1。C1组饮食行为各维度得分处于较低水平，反映良好的术后饮食自控力，命名为饮食节制－高适应组（64例，29.36%）；C2组饮食行为各维度得分处于中等水平，在限制性饮食维度上得分突出，体现主动的认知控制策略，命名为策略性限制－风险感知组（101例，46.33%）；C3组饮食行为各维度得分处于较

高水平，以情绪性饮食及外因性饮食为主，命名为情绪驱动－普遍失调组（53 例，24.31%）。

表 2 胃肠息肉切除患者饮食行为潜在剖面模型的拟合结果（n=218）

类别	AIC	BIC	aBIC	LMRT（P）	BLRT（P）	Entropy	类别概率（%）
1	3 518.965	3 539.272	3 520.259				100.00
2	3 083.196	3 117.041	3 085.352	<0.001	<0.001	0.886	29.43/70.57
3	2 854.269	2 901.651	2 857.287	<0.001	<0.001	0.905	24.31/29.36/46.33
4	2 843.341	2 904.261	2 847.221	0.134	<0.001	0.811	10.13/23.35/29.43/37.09
5	2 840.111	2 914.570	2 844.854	0.425	0.208	0.781	4.93/10.11/23.46/29.41/32.09

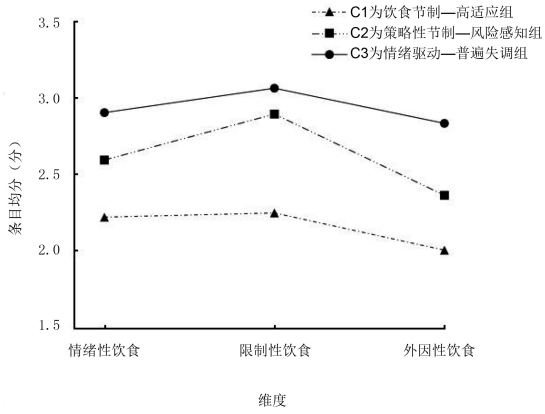


图 1 胃肠息肉切除患者饮食行为潜在剖面特征

2.4 胃肠息肉切除患者饮食行为潜在剖面的单因素分析 结果显示，患者性别、婚姻状况、工作状况、居住地、医疗费用支付方式、息肉类型、息肉数量、术后并发症、住院时间在不同饮食行为类别的差异无统计学意义（均 P>0.05），差异有统计学意义的项目见表 3。

2.5 胃肠息肉切除患者饮食行为潜在剖面的多因素分析 以胃肠息肉切除患者饮食行为潜在剖面为因变量（以饮食节制－高适应组为参照），以单因素分析差异有统计学意义的变量为自变量，进行多分类 logistic 回归分析。结果显示，年龄（19～<60 岁=0，60～83 岁=1）、文化程度（小学及以下=1，初中及高中=2，大专及以上=3）、家庭人均月收入（<3 000 元=1，3 000～6 000 元=2，>6 000 元=3）、自我效能、家庭功能及社会支持（均为原值输入）为胃肠息肉切除患者饮食行为潜在剖面的影响因素（均 P<0.05），见表 4。

表 3 胃肠息肉切除患者饮食行为潜在剖面的单因素分析

因素	例数	饮食节制－高适应组（n=64）	策略性节制－风险感知组（n=101）	情绪驱动－普遍失调组（n=53）	统计量	P
年龄[例（%）]					χ^2=12.651	0.002
19～<60 岁	136	48（35.29）	65（47.79）	23（16.92）		
60～83 岁	82	16（19.51）	36（43.90）	30（36.59）		
文化程度[例（%）]					χ^2=16.638	0.002
小学及以下	84	14（16.67）	41（48.81）	29（34.52）		
初中及高中	96	32（33.33）	44（45.83）	20（20.83）		
大专及以上	38	18（47.37）	16（42.11）	4（10.53）		
家庭人均月收入[例（%）]					χ^2=12.091	0.017
<3 000 元	52	7（13.46）	25（48.08）	20（38.46）		
3 000～6 000 元	106	36（33.96）	47（44.34）	23（21.70）		
>6 000 元	60	21（35.00）	29（48.33）	10（16.67）		
自我效能（分，$\bar{x}\pm s$）		28.25±8.20	24.36±7.72	20.74±6.18	F=14.543	<0.001
家庭功能（分，$\bar{x}\pm s$）		7.15±1.55	6.34±0.96	5.96±0.83	F=17.331	<0.001
社会支持（分，$\bar{x}\pm s$）		39.65±9.92	35.09±8.57	31.21±7.83	F=13.457	<0.001

3 讨论

3.1 胃肠息肉切除患者饮食行为处于中等水平 本研究中，胃肠息肉切除患者饮食行为总分为（84.45±10.25）分，处于中等水平，与周德花等[12]研究结果类似，提示该群体饮食行为仍有改善空间。各维度中限制性饮食得分最高，表明患者术后主要问题并非过度摄入，而是过度限制。究其原因，术前反复出血、腹胀等症状易引发患者对饮食的过度关注；术后创面愈合过程中对出血、感染等并发症的担忧进一步干扰正常饮食节律[13]；加之息肉具有多发性、复发性特点，部分患者担忧再次手术，食物选择趋于极端化，以过度忌口为主要表现[14]。该饮食模式虽短期内有利于创面保护，但长期易致营养不足、体质量下降及心理压力累积。护理人员应在术后早期围绕“疾病特点－饮食限制－心理反应”链条开展干预，纠正“过度节制即安全”的认知偏差，帮助患者客观认识合理饮食的安

全范围；同时制订阶段性饮食指导方案，辅以定期随访与反馈，帮助患者逐步建立科学饮食行为。

表 4　胃肠息肉切除患者饮食行为潜在剖面的多分类 logistic 分析（$n=218$）

因变量	自变量	参照值	β	SE	Waldχ^2	P	OR（95%CI）
策略性节制－风险感知组 *vs.*	常数项		8.707	1.822	22.837	＜0.001	
饮食节制－高适应组	文化程度（大专及以上）	小学及以下	－0.590	0.258	5.235	0.022	0.554（0.334～0.919）
	自我效能		－0.054	0.024	5.040	0.025	0.947（0.903～0.993）
	家庭功能		－0.625	0.166	14.116	＜0.001	0.535（0.386～0.742）
	社会支持		－0.066	0.022	8.667	0.003	0.963（0.896～0.978）
情绪驱动－普遍失调组 *vs.*			－8.929	3.627	13.077	0.014	
饮食节制－高适应组	年龄（60～83 岁）	19～＜60 岁	1.501	0.508	8.735	0.003	4.487（1.658～12.14）
	文化程度（大专及以上）	小学及以下	－1.097	0.349	9.876	0.002	0.334（0.168～0.662）
	家庭人均月收入（＞6 000 元）	＜3 000 元	－0.802	0.344	5.427	0.020	0.448（0.228～0.880）
	自我效能		－0.131	0.034	14.689	＜0.001	0.877（0.820～0.938）
	家庭功能		－1.001	0.240	17.386	＜0.001	0.368（0.230～0.588）
	社会支持		－0.121	0.029	17.232	＜0.001	0.886（0.837～0.938）

3.2　胃肠息肉切除患者饮食行为潜在剖面具有群体异质性　本研究显示，胃肠息肉切除患者饮食行为存在 3 种潜在剖面：饮食节制－高适应组（29.36%）、策略性限制－风险感知组（46.33%）、情绪驱动－普遍失调组（24.31%），提示该群体存在明显异质性。饮食节制－高适应组各维度得分最低，术后饮食适应良好。策略性限制－风险感知组得分居中，限制性饮食突出，因过度关注饮食禁忌而自我约束，长期过度控制易致心理压力，存在向情绪驱动－普遍失调组转化的风险[15]；情绪驱动－普遍失调组得分最高，以情绪性、外因性饮食为主，伴随情绪化进食及过度摄入，饮食行为稳定性差，对康复及身心健康负面影响较大[16]。护理人员应评估患者饮食行为剖面并实施差异化干预：对饮食节制－高适应组，提供进阶营养知识，鼓励担任同伴教育者；对策略性限制－风险感知组，开展饮食心理疏导与认知重构，引导科学认识食物、避免过度限制、建立均衡饮食观；对情绪驱动－普遍失调组，加强饮食行为矫正，实施个体化营养评估与计划制订，保障基础营养，逐步建立规律进食模式。

3.3　胃肠息肉切除患者饮食行为潜在剖面的影响因素

3.3.1　文化程度越高的患者饮食行为越健康　以饮食节制－高适应组为对照，文化程度越高的患者进入策略性限制－风险感知组和情绪驱动－普遍失调组的可能性均越低（均 $P<0.05$），与既往研究结果[17-18]相似。高文化程度者具备较强的健康信息获取、甄别与内化能力，能够主动吸收科学的饮食知识并转化为理性的日常行为，对术后饮食医嘱的执行更具依从性；而低文化程度者易受错误民间观念误导，产生非理性饮食恐惧或盲目进补行为。护理人员应加强对低文化程度患者的饮食知识普及，采用通俗直观的方式传递信息。

3.3.2　自我效能越高的患者饮食行为越健康　以饮食节制－高适应组为对照，自我效能水平越高的患者归属于策略性限制－风险感知组和情绪驱动－普遍失调组的可能性均越低（均 $P<0.05$），提示自我效能是抵御异常饮食行为的重要心理资源。高自我效能者面对术后饮食调整时，对自身执行饮食计划的能力抱有坚定信念，在遇到外界诱惑或情绪波动时，能有效启动认知调节策略，维持行为一致性；反之，自我效能较低者易在遭遇挫折后放弃努力，陷入“尝试－失败－回避”的恶性循环[19]。护理人员可通过成功案例分享、分阶段设定小目标、记录成功体验等方式逐步积累患者的成功经验，以提升其饮食自我管理信心。

3.3.3　家庭功能越好的患者饮食行为越健康　以饮食节制－高适应组为对照，家庭功能越好的患者越不易归属于策略性限制－风险感知组和情绪驱动－普遍失调组（均 $P<0.05$）。家庭功能体现在成员间情感支持、有效沟通及共同解决问题的能力，能为患者提供稳定进餐氛围和持续行为监督，帮助维持规律饮食节律；家庭功能不良者缺乏情感宣泄渠道，焦虑易转化为异常进食行为，饮食计划执行中缺乏监督，自控负担加重[19]。干预层面应鼓励家庭成员参与饮食管理，协商制订符合患者口味与治疗要求的食谱，将个体饮食管理转化为家庭整体行动。

3.3.4　社会支持水平越高的患者饮食行为越健康　以饮食节制－高适应组为对照，社会支持水平越高的患者归属于策略性限制－风险感知组和情绪驱动－普遍失调组的可能性均越低（均 $P<0.05$）。高水平的社会支持不仅为患者提供实质性帮助，还通过正向情感反馈增强患者的归属感与安全感，缓解疾病相关的孤独与焦虑，从而削弱情绪化进食的诱发条件[19]。建议临床护理中系统评估患者的社会网络资源，对支持薄弱者主动链接社区营养服务、病友互助小组或在线健康社区，构建以医院－社区－家庭为链条的多层次支持体系，减少患者因孤立无援而产生的过度控制行为。

3.3.5　年龄越大的患者饮食行为越易失调　以饮食

节制－高适应组为对照，年龄越大的患者越倾向于归属于情绪驱动－普遍失调组（$P<0.05$），同章培培等[20]的研究结果相似。可能是老年患者认知功能及信息处理能力随年龄增长而下降，对新知识的接受和内化效率降低，伴有多种疾病，饮食管理需兼顾多重禁忌，易产生决策疲劳与回避行为；此外，老年群体社会交往减少，情绪调节资源有限，在面对术后饮食限制时更易陷入被动服从或消极回避的应对模式[21]。提示护理人员应对高龄患者采用反复强化、家属协同参与的教育方式，简化饮食指导信息，并定期评估其心理状态，预防消极应对行为的固化。

3.3.6 家庭人均月收入越低的患者饮食行为越易失调 以饮食节制－高适应组为对照，低收入患者归属于情绪驱动－普遍失调组的风险更高（均 $P<0.05$）。经济受限影响饮食行为可能原因包括：限制优质蛋白、新鲜蔬果等健康食材的可及性，迫使患者选择廉价但营养单一的食物；经济压力作为慢性心理应激源，加重焦虑与失控感，触发以进食缓解负性情绪的冲动行为[22]。护理人员制订饮食方案时应考虑其经济承受能力，推荐性价比高的替代食材，并联动社会工作者评估其经济救助或社区营养支持需求。

4 结论

胃肠息肉切除患者具有 3 种不同的饮食行为潜在剖面类别，且与多种因素有关，临床应依类别特征针对性评估干预，以改善异常饮食行为，促进康复。但本研究样本量较少，且来源单一，可能存在一定的误差和偏倚，后续研究应扩大样本量及样本来源范围，并纳入更多的变量以完善本研究结论。

参考文献：

[1] Wan J, Zhu W, Chen B, et al. CRH-YOLO for precise and efficient detection of gastrointestinal polyps[J]. Sci Rep, 2024, 14(1): 30033.

[2] Rajendran A, Thomas-Gibson S, Bassett P, et al. Lower gastrointestinal polypectomy competencies in the United Kingdom: a retrospective analysis of Directly Observed Polypectomy Skills (DOPyS)[J]. Endoscopy, 2021, 53(6): 629-635.

[3] Yan H H, Ding Z Y, Wang L L, et al. Effects of early diet resumption on the incidence of complications following polypectomy: a randomized controlled trial[J]. World J Gastrointest Surg, 2025, 17(8): 108669.

[4] 周德花，王小东，马玉花，等. 胃肠息肉病人情绪障碍现状调查及其影响饮食行为和生活质量的中介效应研究[J]. 蚌埠医学院学报，2024，49(7)：957-960，964.

[5] Yang L, Li K, Liang Y, et al. Mediating role diet self-efficacy plays in the relationship between social support and diet self-management for patients with type 2 diabetes[J]. Arch Public Health, 2021, 79(1): 14.

[6] Yan Y, Huang Y, Wang M P, et al. Dyadic interventions for promoting healthy diets in patients with cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis[J]. Nurs Health Sci, 2025, 27(3): e70183.

[7] 中华医学会消化内镜学分会消化内镜隧道技术协作组，中国医师协会内镜医师分会，北京医学会消化内镜学分会. 中国胃肠间质瘤内镜下诊治专家共识（2020，北京）[J]. 中华消化内镜杂志，2021，38(7)：505-514.

[8] 李勇男，刘勇，鲍杰. 中文版荷兰进食行为问卷在中国大学生群体中的适用[J]. 中国临床心理学杂志，2018，26(2)：277-281，326.

[9] 王才康，胡中锋，刘勇. 一般自我效能感量表的信度和效度研究[J]. 应用心理学，2001(1)：37-40.

[10] Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians[J]. J Fam Pract, 1978, 6(6): 1231-1239.

[11] 肖水源.《社会支持评定量表》的理论基础与研究应用[J]. 临床精神医学杂志，1994，4(2)：98-100.

[12] 周德花，王小东，马玉花，等. 胃肠息肉病人情绪障碍现状调查及其影响饮食行为和生活质量的中介效应研究[J]. 蚌埠医学院学报，2024，49(7)：957-960，964.

[13] 张彬. 无痛胃镜下高频电凝电切术治疗胃息肉的疗效及安全性评价[J]. 中国临床药理学与治疗学，2023，28(5)：601.

[14] 黄敏，成云凤. 优质护理联合饮食干预对行内镜下黏膜切除术的胃肠息肉患者的应用效果[J]. 中西医结合护理（中英文），2021，7(6)：112-114.

[15] Hill D, Conner M, Clancy F, et al. Stress and eating behaviours in healthy adults: a systematic review and meta-analysis[J]. Health Psychol Rev, 2022, 16(2): 280-304.

[16] 李珍梅，葛琼，朱珠. 机器人辅助直肠癌切除术后患者营养状况的影响因素分析[J]. 机器人外科学杂志（中英文），2025，6(8)：1406-1413.

[17] Wang X, Wu Y, Miao J, et al. Factors associated with eating behaviors in older adults from a socioecological model perspective[J]. BMC Public Health, 2023, 23(1): 1726.

[18] 陈晓莉，刘蓓，周君萍. GDM 高危孕妇饮食行为调查及影响因素分析[J]. 中国计划生育学杂志，2024，32(10)：2261-2265.

[19] 刘娜，邱小芩，郑杰媚，等. 心力衰竭患者易损期限钠饮食行为依从性变化轨迹及影响因素分析[J]. 护理学杂志，2026，41(9)：117-121.

[20] 章培培，刘梦如. 脑卒中患者出院准备度的潜在剖面分析及与健康行为差异比较[J]. 护理与康复，2024，23(3)：44-48.

[21] Shao J, Wang Q, Peng Y, et al. A cross-sectional study on emotional eating and its influencing factors among clinical nurses[J]. Int J Nurs Pract, 2025, 31(3): e70022.

[22] 张薇，袁静，唐涵，等. 基于潜在剖面分析的学龄前儿童饮食行为特征及其影响因素探索[J]. 中国妇幼健康研究，2025，36(2)：9-17.

（本文编辑 黄辉，吴红艳）