

- 预后不良的预测价值[J]. 重庆医学, 2023, 52(3):321-325, 332.
- [13] 蒋凤碧, 卢瑞鸽, 袁欣琦, 等. 专职化护理干预对急性呼吸窘迫综合征患儿预后及 Murray、Marshall 评分的影响[J]. 护理研究, 2018, 32(18):2891-2894.
- [14] 谷一梅, 葛刘娜, 曹玉, 等. 呼吸治疗师主导的肺康复训练在 ICU 机械通气患者中的应用效果[J]. 安徽医学, 2022, 43(5):584-588.
- [15] 张家育, 苏勇. 不同机械通气模式对重症急性呼吸窘迫综合征患者血气指标及急性生理与慢性健康评分 II 器官衰竭序贯评分的影响[J]. 实用医技杂志, 2021, 28(5):632-633.
- [16] YADAV H, THOMPSON B T, GAJIC O. Fifty
- years of research in ards. is acute respiratory distress syndrome a preventable disease? [J]. Am J Respir Crit Care Med, 2017, 195(6):725-736.
- [17] 徐佳卿, 张文婷, 林丹舒, 等. 重症肺炎机械通气患者肺康复的研究进展[J]. 中华急危重症护理杂志, 2020, 1(4):350-353.
- [18] 肖月琴, 刘霞, 任莹, 等. 中医综合护理结合基于 APACHE II 评分的分级护理在脑卒中患者中的应用效果[J]. 中西医结合护理(中英文), 2022, 8(9):53-56.

(收稿日期:2023-12-30 修回日期:2024-04-12)

(编辑:姚雪)

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2024.15.029

网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1097.R.20240528.1148.008\(2024-05-29\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1097.R.20240528.1148.008(2024-05-29))

基于互联网+IMB 的肠造口患者出院准备度干预方案的构建及应用*

汤雨佳¹, 方方^{1△}, 张薇², 潘婷¹, 汤东¹, 赵波¹

(江苏省苏北人民医院:1. 胃肠外科;2. 门诊部伤口造口治疗中心, 江苏扬州 225002)

[摘要] 目的 基于互联网+信息-动机-行为技巧模型(IMB)构建肠造口患者出院准备度干预方案,并验证其应用效果。方法 通过质性访谈、文献回顾和专家咨询,构建肠造口患者出院准备度干预方案。选取某三甲医院胃肠外科 2022 年 1—8 月入组的 47 例患者为对照组,采用常规护理;2022 年 9 月至 2023 年 3 月入组的 47 例患者为试验组,实施出院准备度干预方案。比较两组患者出院时出院准备度、出院指导质量及出院 4 周内造口周围皮肤并发症发生情况。结果 试验组出院准备度及出院指导质量高于对照组($P < 0.05$),造口周围皮肤并发症总发生率低于对照组($\chi^2 = 4.965, P = 0.044$)。结论 基于互联网+IMB 的出院准备度干预方案能有效提高患者出院准备度及出院指导质量,降低造口周围皮肤并发症发生率,改善患者健康结局。

[关键词] 肠造口术;信息-动机-行为技巧模型;互联网;出院准备度;出院指导质量

[中图分类号] R473.73 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8348(2024)15-2395-06

据国际癌症研究协会数据,全球结直肠癌发病率居恶性肿瘤第 3 位,死亡率居恶性肿瘤第 2 位^[1],其主要治疗方式是外科手术,需行肠造口术的患者占 50%~60%^[2],每年国内新增肠造口患者约 10 万例^[3],该群体面临生理、心理及社会功能改变,造口及造口并发症护理等困扰,其出院准备需要更充足。出院准备度是指医务人员分析判断患者在多大程度上具备离开医院、回归社会、进一步康复和复建的能力,是对患者出院后过渡期安全性的一种预测^[4]。研究显示,肠造口患者出院准备度处于中低等水平^[5-7],表明患者出院前准备不充分,未能充分掌握造口护理知识和技能,出院后自我效能不足、自我护理能力低下,难以进行有效的造口自我管理^[8-9],因患者自我护理

不当导致的造口周围皮肤并发症发生率高达 19.8%~60.0%^[10],严重影响了患者的身心健康和生存质量。因此,如何提高患者出院准备度,改善患者居家自我护理能力,实现从医院到家庭成功过渡是亟待解决的问题。信息-动机-行为技巧模型(information-motivation-behavioral skills model, IMB)是由 FISHER 等^[11]提出的一种行为改变理论,该理论从信息、动机和行为技巧 3 个方面阐述了个体完成行为改变并自觉维持的过程,旨在促进个体形成健康相关行为^[11],IMB 已被证实具有良好的行为干预效果,被应用于多种健康促进项目中^[12]。近年来,基于互联网的医疗服务平台被医护人员用于多种慢性病健康管理,为延伸性护理服务的开展提供了技术支持^[13]。因此,

* 基金项目:江苏省卫生健康委科研课题重点项目(ZD2022047);江苏省人兽共患病学重点实验室“护鑫”基金项目(HX2211);扬州市护理学会软科学培育课题(202308)。△ 通信作者, E-mail: ffzyznokl@163.com。

本研究拟基于互联网宣教平台,以 IMB 为框架构建肠造口患者出院准备度干预方案并应用于临床,以期提高患者出院准备度,促进患者自我护理能力形成,降低造口周围皮肤并发症发生率,改善患者生活质量。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2022 年 1 月至 2023 年 3 月扬州市某三甲医院胃肠外科收治的结直肠癌患者为筛选人群。纳入标准:(1)年龄 18~75 岁;(2)病理学确诊为结直肠癌,初次行肠造口术;(3)患者/照顾者有智能手机且会使用软件;(4)自愿参与本研究。排除标准:(1)合并其他肿瘤或器官有严重疾病者;(2)意识不清或精神障碍者;(3)存在语言沟通或文字理解障碍者。剔除标准:(1)术后出现病情变化需转至 ICU 治疗者;(2)因各种原因中途退出者。本研究已通过医院伦理委员会审查(审批号:2022ky069)。样本量计算:以出院准备度为主要结局指标,采用 GPower3.1 软件估算样本量。根据于清舒等^[14]的研究,对照组出院准备度为 123.36,预期试验组提高到 143.36,计算出对照组样本量=试验组样本量=42,考虑 10%脱落率,确定试验组和对照组各需 47 例,样本量共 94 例。

1.2 方法

1.2.1 分组

选取 2022 年 1—8 月入组的 47 例患者为对照组,2022 年 9 月至 2023 年 3 月入组的 47 例患者为试验组。

1.2.2 干预方法

1.2.2.1 对照组

对照组接受常规护理,包括入院宣教;按外科护理常规及肠造口护理常规进行围手术期护理(术前造口定位、向患者及照顾者讲解造口袋更换流程、讲解正常造口颜色、造口周围皮肤情况);出院前发放肠造口健康教育材料,进行饮食、活动、造口等知识宣教,并告知患者及照顾者会定期电话随访。

1.2.2.2 试验组

实施基于互联网+IMB 的出院准备度护理干预,具体如下。

1.2.2.2.1 成立研究团队

由 1 名研究者、2 名国际造口治疗师、1 名护士长、1 名主任医师、1 名心理咨询师、1 名网络工程师、3 名护士和 1 名在读研究生共 11 人组成研究小组。其中,护士长和主任医师负责干预方案落实情况督导;国际造口治疗师负责造口定位及专业咨询;心理咨询师负责培训动机性访谈;网络工程师负责互联网平台的设计维护和培训;护士实施干预方案;研究者负责干预方案的制订和培训,在读研究生负责资料收集、整理。

1.2.2.2.2 开发互联网宣教平台

互联网宣教平台分为医护端和用户端。在医护端医护人员可以上传宣教内容、查看患者信息、查看打卡情况及随访。用户端包括患者信息、健康教育、延伸性护理 3 个版块。信息版块可填写患者疾病情况;健康教育版块包括疾病知识、造口护理(知识和技能)2 个模块;延伸性护理版块包括造口联谊会、互联网+护理、智随访 3 个模块。

1.2.2.2.3 基于互联网+IMB 的肠造口患者出院准备度干预方案构建

首先,通过目的抽样选取 11 名肠造口患者进行半结构式访谈,明确患者在出院准备过程中的需求,共提取 4 个主题:造口护理知识需求、造口护理技能需求、日常生活指导需求、延伸性护理服务需求;其次,由研究者按照“6S”证据模型检索肠造口患者出院准备度相关文献,以“discharge planning/discharge preparation/discharge education”“stoma/enterostomy”为英文关键词,检索 National Guideline Clearinghouse、Cochrane Library、PubMed、Web of Science、ScienceDirect 数据库;以“出院准备度/出院计划/出院准备服务/出院教育”“造口/肠造口”为中文关键词,检索中国生物医学文献服务系统、中国知网、万方,文献类型包括最佳证据总结、临床指南、专家共识,共检索文献 543 篇,经质量评价最终纳入 11 篇文献。整理分析质性访谈、文献内容,从干预内容、干预成员、干预时间等方面总结得出干预初稿。为确保干预方案的科学性和实用性,邀请本院胃肠外科主任 1 名、普外科专科护士 3 名、国际造口治疗师 3 名、心理专科护士 1 名、信息科医生 1 名进行专家小组会议,对干预方案的内容进行讨论并修改,最终形成方案终稿。干预方案内容:以患者术前、术后更换造口袋及出院为时间点,将信息干预、动机性访谈、行为技巧干预细化在每个时间点,干预措施涉及疾病知识普及、造口护理指导[包含 2 个版块、6 个主题:知识版块(认识造口、携造口生活),技能版块(造口、造口排泄和周围皮肤异常情况识别和处理、造口袋的排放演示、造口袋更换演示、造口周围皮肤潮湿护理)]、动机性访谈、情感支持、造口联谊会、互联网+护理服务等,干预过程强调患者及家属的共同参与学习。

1.2.2.2.4 基于互联网+IMB 的肠造口患者出院准备度干预方案实施

实施前准备:(1)将疾病知识(包括肠道肿瘤发病率、治疗方法、手术方式、预后等)和造口护理知识(包括造口类型、形态、日常生活注意事项、造口产品获取途径等)制作成 PPT,将造口护理技能录制成视频,上传至互联网宣教平台的健康教育版块;(2)编制肠造口并发症(造口皮肤黏膜分离、造口狭窄、造口脱垂)和造口周围皮肤并发症(潮湿相关性皮肤损伤、机械性损伤、过敏性皮炎)识别卡,用通俗简短的文字描述每一种并发症识别的关键特征并配典型图片;(3)研

究团队自行设计造口随访表,包括患者一般人口学资料 and 并发症发生情况两个部分,并发症包括造口皮肤黏膜分离、造口狭窄、造口脱垂、潮湿相关性皮肤损

伤、机械性损伤、过敏性皮炎 6 个条目和其他并发症,记录“有”“无”两个选项,上传至智随访模块。具体方案实施见表 1。

表 1 基于互联网+IMB 的肠造口患者出院准备度干预方案

干预时间	干预内容	干预形式	负责干预人员
术前 1 d	1. 信息干预:①患者登录平台完成信息注册;②讲解结肠癌手术方式、预后、肠造口的形态、排泄物形状等知识;③完成术前造口定位	线上和线下	主任医师、国际造口治疗师
	2. 动机性访谈:前意向期,医护人员倾听患者心声,帮助患者正视、接纳造口术,并答疑解惑、建立信任关系	线下	国际造口治疗师
	3. 行为技巧干预:造口情景模拟训练,通过造口模型讲解造口评估、造口袋更换及附件产品使用并协助患者体验佩戴造口袋	线下	国际造口治疗师
术后 1 d	1. 信息干预:讲解造口护理指导(知识)模块,帮助患者认识造口(造口类型及正常形态、排泄物正常特征、周围皮肤正常状态),介绍造口和附件产品及如何选择造口产品	线上(图文结合)	责任护士
	2. 动机性访谈:意向期,开展床边同伴支持,提供情感、心理和护理支持,鼓励患者积极应对、增强信心	线下	责任护士
	3. 行为技巧干预:指导患者/家属观看造口袋更换和排放流程,讲解造口护理(技能)模块	线上(视频)和线下	责任护士
术后第 1 次更换造口袋	1. 信息干预:对患者掌握认识造口情况进行评估-评价-强化,并发放“肠造口并发症识别卡”,讲解造口并发症类型和表现	线下	责任护士
	2. 动机性访谈:播放造口护理技能、造口护理指导(技能)模块视频,鼓励患者/家属提问、建立患者家庭支持	线上	责任护士、国际造口治疗师
	3. 行为技巧干预:现场演示造口袋排放和更换流程(造口大小测量和造口袋裁剪)、周围皮肤潮湿护理,并演示造口及附件产品选择和使用方法	线上(视频)和线下	责任护士
术后第 2 次更换造口袋	1. 信息干预:讲解造口护理指导(知识)模块,帮助患者理解携造口生活注意事项(不同类型造口饮食、衣着、运动、工作小常识)	线上(图文结合)	国际造口治疗师
	2. 动机性访谈:改进期,协助患者/家属行造口护理,进行评价、督促改进	线下	责任护士
	3. 行为技巧干预:家属进行造口袋排放和更换,患者部分参与,护士床旁指导,答疑	线下	责任护士
术后第 3 次更换造口袋	1. 信息干预:讲解造口护理指导(知识)模块,指导患者携造口生活、造口产品获取途径、定期造口门诊、医疗门诊复诊并结合“肠造口并发症识别卡”再次讲解和告知患者需就诊的并发症情况	线上(图文结合)	国际造口治疗师
	2. 动机性访谈:对患者/家属造口护理技能进行评估、评价和肯定、强化家庭支持的重要性	线下	国际造口治疗师
	3. 行为技巧干预:①播放并讲解造口护理指导(技能)模块视频,造口、造口排泄、造口周围皮肤异常情况识别和处理;②患者/家属独立进行造口袋排放、更换造口袋及造口周围皮肤潮湿护理,护士评估、评价、答疑	线上(视频)和线下	国际造口治疗师、责任护士
出院前 1 天	按照出院准备指标对患者进行评估,对未达标条目进行再次宣教	线下和线上	国际造口治疗师
出院后(延伸性护理)	①造口联谊会:每周举办一次造口联谊会,患者在线观看学习;②互联网+护理:患者出现需就诊的造口并发症情况可在平台上进行下单由专科护士上门进行处理;③智随访:患者出院后 2、4 周由平台自动推送自行设计的《造口随访表》,责任护士对随访结果进行查看,存在并发症患者可指导其线上上传造口图片,由责任护士和国际造口治疗师根据患者造口及其周围皮肤临床表现判断并发症类型,线上传授患者处理方法;线上指导未能解决的并发症,指导患者至造口门诊进行就诊		国际造口治疗师、责任护士

1.2.3 资料收集方法

由 1 名研究生负责问卷的发放和收集,如有疑问,向患者/照顾者核实,并通过电话随访记录患者造口周围皮肤并发症发生例数。

1.3 评价指标

1.3.1 出院准备度

于患者出院前 24 h 采用于清舒等^[14]编制的肠造口患者出院准备度量表进行评价,该量表共 18 个条目,4 个维度:个人状态、疾病知识、应对能力、预期支

持。量表总分为 0~180 分,总分越高表明出院准备度越高。

1.3.2 出院指导质量

于患者出院前 24 h 采用由王冰花等^[15]翻译的汉化版出院指导质量量表进行评价,共 24 个条目,3 个维度:需要内容、实际获得内容、指导技巧及效果。实际获得内容与指导技巧 2 个维度的得分之和为量表总分,范围为 0~180 分,总分越高表明出院指导质量越高。

1.3.3 造口周围皮肤并发症发生率

根据中华护理学会发布的成人肠造口护理中造口周围皮肤并发症的观察^[16],重点观察患者出院 4 周内有无潮湿相关性皮肤损伤、机械性皮肤损伤和过敏性皮炎。依据患者线上《造口随访表》结果、造口并发症图片,由责任护士和国际造口治疗师根据患者周围皮肤临床表现共同判断并发症类型,计算患者出院 4 周内造口周围皮肤并发症发生率。

1.4 统计学处理

采用 SPSS22.0 软件进行数据统计分析。计数资料以例数或百分比表示,组间比较采用 χ^2 检验;计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用两独立样本 t 检验。数据处理按照意向性分析原则进行统计分析,即对脱落患者的病历资料,用最后一次观察数据结转至临床研究最终结果。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组脱落情况及一般资料比较

试验组 2 例患者因术后病情变化转入 ICU 治疗,对照组 3 例患者因术中手术方式改变而剔除,故两组脱落率分别为 4.26%、6.38%。两组出院 4 周内均完成随访。两组基线资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 2。

表 2 两组患者的基线资料比较

项目	试验组($n=47$)	对照组($n=47$)	χ^2/t	P
性别[$n(\%)$]			0.401	0.527
男	27(57.45)	30(63.83)		
女	20(42.55)	17(36.17)		
年龄($\bar{x} \pm s$,岁)	61.81 \pm 10.74	63.34 \pm 13.33	-0.613	0.541
文化程度[$n(\%)$]			3.385	0.357
小学及以下	19(40.43)	23(48.94)		
初中	16(34.04)	10(21.28)		
高中/中专	4(8.51)	8(17.02)		
大专及以上	8(17.02)	6(12.76)		
工作状态[$n(\%)$]			0.895	0.478
在职	10(21.28)	14(29.79)		

表 3 两组患者肠造口患者出院准备度量表总分及各维度比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	个人状态	疾病知识	应对能力	预期支持	总分
试验组	47	21.68 \pm 2.70	59.77 \pm 6.87	20.64 \pm 2.79	36.94 \pm 4.17	139.02 \pm 10.10
对照组	47	20.83 \pm 2.76	50.13 \pm 5.44	19.30 \pm 2.74	35.02 \pm 3.96	125.08 \pm 8.08
t		1.512	7.541	2.351	2.282	7.286
P		0.134	<0.001	0.021	0.025	<0.001

表 4 两组患者出院指导质量量表总分及各维度比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	需要内容	实际获得内容	指导技巧及效果	总分
试验组	47	51.77 \pm 7.05	48.17 \pm 7.59	99.43 \pm 9.05	147.60 \pm 12.03
对照组	47	50.70 \pm 6.76	36.62 \pm 6.54	78.13 \pm 13.04	114.74 \pm 13.74
t		0.747	7.902	9.196	12.331
P		0.457	<0.001	<0.001	<0.001

续表 2 两组患者的基线资料比较

项目	试验组($n=47$)	对照组($n=47$)	χ^2/t	P
离退休	37(78.72)	33(70.21)		
居住方式[$n(\%)$]			6.518	0.087
独居	4(8.51)	6(12.77)		
与配偶	21(44.68)	30(63.83)		
与子女	12(25.53)	4(8.51)		
配偶及子女	10(21.28)	7(14.89)		
居住地[$n(\%)$]			0.696	0.532
城镇	22(46.81)	18(38.30)		
农村	25(53.19)	29(61.70)		
婚姻状况[$n(\%)$]			2.540	0.319
已婚	31(65.96)	37(78.72)		
离异	4(8.51)	4(8.51)		
丧偶	12(25.53)	6(12.77)		
家庭人均月收入[$n(\%)$]			1.782	0.619
<1 000 元	2(4.25)	4(8.51)		
1 000~3 000 元	8(17.02)	10(21.28)		
>3 000~5 000 元	20(42.55)	21(44.68)		
>5 000 元	17(36.17)	12(25.53)		
造口种类[$n(\%)$]			0.696	0.532
结肠造口	29(61.70)	25(53.19)		
回肠造口	18(38.30)	22(46.81)		

2.2 两组出院准备度、出院指导质量、造口周围皮肤并发症发生率比较

试验组肠造口患者出院准备度量表总分、各维度得分除个人状态外均明显高于对照组($P < 0.05$),见表 3。试验组汉化版出院指导质量量表总分、各维度得分除需要内容外均明显高于对照组($P < 0.001$),见表 4。试验组造口周围皮肤并发症总发生率明显低于对照组($\chi^2 = 4.965, P = 0.044$),见表 5。

表 5 两组患者造口周围皮肤并发症发生情况比较[n(%)]

组别	n	潮湿相关性皮肤损伤	机械性皮肤损伤	过敏性皮炎	合计
试验组	47	3(6.38)	1(2.13)	2(4.26)	6(12.77)
对照组	47	9(19.15)	2(4.26)	3(6.38)	14(29.79)
χ^2		3.439	0.000	0.000	4.065
P		0.064	1.000	1.000	0.044

3 讨 论

3.1 基于互联网+IMB 的肠造口患者出院准备度干预方案可有效提高出院准备度水平

本研究显示,试验组出院准备度总分高于对照组($P < 0.05$),表明基于互联网+IMB 的肠造口患者出院准备度干预方案可有效提高肠造口患者出院准备度水平,尤其在疾病知识、应对能力和预期支持维度。干预方案是由专科团队基于 IMB 指导下,通过质性访谈、文献回顾、专家咨询构建,确保了方案的科学性、全面性和实用性。在信息干预方面,做到评估-实施-评价-强化,保证患者全面掌握系统造口护理知识;在行为技巧干预方面,将肠造口护理技能分为 4 个主题,采用术前造口情景模拟训练、术后阶段性技能示范和训练,将培训内容合理有序地分配到患者围手术期^[17],并鼓励患者及家属主动参与护理,掌握造口护理技能及并发症预防、识别和应对技能。动机性访谈贯穿于全过程,倾听患者及家属的疑虑,引导患者正视和接纳造口。同时,以互联网为载体,提供多形式延伸护理服务,满足患者出院后专业医疗资源需求。当信息、动机、行为技巧三者同时具备,患者促进健康和康复行为即可形成^[18],患者出院准备度水平得以改善。但两组个人状态得分差异无统计学意义($P > 0.05$),与陈霞等^[19]研究结果类似,可能与本研究对象普遍为老年患者有关。

3.2 基于互联网+IMB 的肠造口患者出院准备度干预方案可有效提升出院指导质量

本研究结果显示,试验组出院指导质量总分高于对照组($P < 0.05$),表明基于互联网+IMB 的肠造口患者出院准备度干预方案可有效提高肠造口患者出院指导质量,与程孝惠等^[20]研究结果一致。肠造口护理专业性强,传统宣教不能满足患者需求,本研究将肠造口患者出院准备度干预内容制作成视频、幻灯片、漫画等作品上传至互联网宣教平台,形成线上理论学习和线下技能训练相结合的、患者及家属主动参与学习和护理的健康教育模式,改变了以往单向灌输式的宣教形式,并使患者及家属的学习不受时间和空间限制^[21]。提供线上造口联谊会、互联网+护理、造口随访多种延续性护理,满足患者出院后造口护理需求。干预方案增加了出院指导内容的趣味性、全面

性,出院指导过程的互动性、参与性,有效提高了肠造口患者出院指导质量。

3.3 基于互联网+IMB 的肠造口患者出院准备度干预方案可有效降低造口周围皮肤并发症发生率

造口周围皮肤并发症是最常见的造口并发症,研究指出,70%~80%造口患者经历过造口周围皮肤并发症^[22-23],且在术后早期及晚期均易发生^[24]。随访过程中发现,很多患者出现造口周围皮肤并发症时无法应对,需至造口门诊处理,患者及家属表现出焦虑、烦躁甚至恐惧,极大地降低了其造口护理信心和生活质量。本研究结果显示,试验组造口周围皮肤并发症发生率明显低于对照组($P = 0.044$),表明本研究方案通过线上和线下相结合、系统全面动态的信息、动机和行为技能干预,能确保患者及家属出院前掌握造口护理的基本技能^[25];并在出院后通过互联网开展多形式延续性护理,进行持续监测和指导,能够有效降低造口周围皮肤并发症发生率。而试验组潮湿相关性皮肤损伤、机械性皮肤损伤和过敏性皮炎各并发症发生率和对照组比较虽均呈下降趋势,但差异无统计学意义($P > 0.05$),可能与本研究随访时间短、各类并发症发生率均低及样本量不足有关。

本研究通过质性访谈、文献回顾和专家咨询构建出基于互联网+IMB 的肠造口患者出院准备度干预方案,采用线上和线下相结合实施信息宣教、动机性访谈和行为技能指导,提高了肠造口患者出院准备度和出院指导质量,降低了造口周围皮肤并发症发生率。但本研究仅观察随访到出院后 4 周的效果,长期干预效果有待进一步探究,并且仅在单中心开展,其干预效果有待进一步推广应用验证。

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] COSTAS-CHAVARRI A, NANDAKUMAR G, TEMIN S, et al. Treatment of patients with early-stage

- colorectal cancer: ASCO resource-stratified guideline [J]. *J Glob Oncol*, 2019, 5: 1-19.
- [3] 王婷, 陈湘玉. 肠造口患者生活质量影响因素研究现状[J]. *护理研究*, 2014, 28(16): 1921-1923.
- [4] GALVIN E C, WILLS T, COFFEY A. Readiness for hospital discharge: a concept analysis [J]. *J Adv Nurs*, 2017, 73(11): 2547-2557.
- [5] 郑薇, 聂红霞, 任静, 等. 直肠癌术后患者出院准备度现状及影响因素分析[J/CD]. *中华结直肠疾病电子杂志*, 2020, 9(4): 421-424.
- [6] 王汐婵, 胡明, 王莹, 等. 肠造口患者出院准备度现状及影响因素分析[J]. *结直肠肛门外科*, 2019, 25(5): 611-616.
- [7] 周玥, 颜巧元. 肠造口患者出院准备度现状及其影响因素研究[J]. *护理研究*, 2019, 33(11): 1827-1832.
- [8] 赵煜华, 王俊霞, 吴田瑞. 肠造口患者出院准备度的研究进展[J]. *护理管理杂志*, 2020, 20(11): 790-794.
- [9] 余志勇, 朱小妹, 韦迪, 等. 肠造口患者出院准备度影响因素的 meta 分析[J]. *护理实践与研究*, 2023, 20(23): 3542-3550.
- [10] COLWELL J C, MCNICHOL L, BOARINI J. North America wound, ostomy, and continence and enterostomal therapy nurses current ostomy care practice related to peristomal skin issues[J]. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 2017, 44(3): 257-261.
- [11] FISHER J D, FISHER W A. Changing AIDS-risk behavior[J]. *Psychol Bull*, 1992, 111(3): 455-474.
- [12] 周莹莹, 李贡辉. 信息-动机-行为技巧模型在护理健康教育领域的应用现状及研究进展[J]. *全科护理*, 2020, 18(36): 5056-5059.
- [13] 黎婉婷, 于红静, 凌冬兰, 等. 慢性病患者“互联网+延续护理”研究进展[J]. *护理学杂志*, 2020, 35(3): 106-110.
- [14] 于清舒, 陆连芳, 王淑云, 等. 肠造口患者出院准备度量表的编制及信效度检验[J]. *中国实用护理杂志*, 2020, 36(13): 998-1002.
- [15] 王冰花, 汪晖, 杨纯子. 中文版出院指导质量量表的信效度测评[J]. *中华护理杂志*, 2016, 51(6): 752-755.
- [16] 孟晓红, 徐洪莲. 中华护理学会成人肠造口护理团体标准要点解读及思考[J]. *上海护理*, 2021, 21(6): 1-4.
- [17] 司龙妹, 刘飞, 张佩英, 等. 造口患者围手术期健康教育的最佳证据总结[J]. *中华护理杂志*, 2021, 56(3): 452-457.
- [18] JEON E, PARK H A. Development of the IMB model and an evidence-based diabetes self-management mobile application[J]. *Healthc Inform Res*, 2018, 24(2): 125-138.
- [19] 陈霞, 赵丽霞, 王志霞, 等. 基于达标理论的老年肠造口患者出院准备计划的构建及应用[J]. *中华护理教育*, 2022, 19(11): 1027-1032.
- [20] 程孝惠, 谭丽萍, 李颖, 等. “线下讲堂+线上督导”健康教育方案在肠造口患者家庭护理中的实践[J]. *中华护理教育*, 2021, 18(12): 1073-1078.
- [21] 郑西林, 陶子荣, 彭伶俐, 等. 护理信息平台构建的理论依据及类别应用进展[J]. *护理学报*, 2022, 29(21): 23-26.
- [22] WOO K Y, BEECKMAN D, CHAKRAVARTHY D. Management of moisture-associated skin damage: a scoping review[J]. *Adv Skin Wound Care*, 2017, 30(11): 494-501.
- [23] DISSEMOND J, ASSENHEIMER B, GERBER V, et al. Moisture-associated skin damage (MASD): a best practice recommendation from Wund-D. A. CH[J]. *J Dtsch Dermatol Ges*, 2021, 19(6): 815-825.
- [24] MORSS-WALTON P C, YI J Z, GUNNING M E, et al. Ostomy 101 for dermatologists: managing peristomal skin diseases[J]. *Dermatol Ther*, 2021, 34(5): e15069.
- [25] 吴玲, 魏敏, 夏冬云, 等. 肠造口患者出院准备度指标的构建[J]. *中国护理管理*, 2021, 21(4): 512-516.

(收稿日期: 2023-11-08 修回日期: 2024-05-11)

(编辑: 姚雪)