

# 护士主导的远程随访对膀胱癌回肠造口患者健康结局的影响

齐菲宇<sup>1</sup>, 高俊平<sup>2</sup>, 高凯霞<sup>2</sup>, 程文瑜<sup>2</sup>, 秦素芳<sup>2</sup>, 翟小利<sup>1</sup>

**摘要:**目的 探讨护士主导的远程随访在膀胱癌回肠造口患者中的干预效果。方法 将 150 例接受回肠通道造口手术的膀胱癌患者随机分配至干预组和对照组, 每组各 75 例。对照组给予常规出院指导和电话随访, 干预组在常规护理基础上接受为期 6 个月的护士主导的远程随访干预。比较两组造口自我效能感、生活质量及造口相关并发症发生率。结果 对照组 72 例、干预组 73 例完成研究。干预组造口自我效能感、生活质量得分显著高于对照组, 造口相关并发症发生率显著低于对照组(均  $P < 0.05$ )。结论 护士主导的远程随访能有效提升患者造口自我效能感和生活质量, 降低造口相关并发症发生率。

**关键词:**膀胱癌; 回肠造口; 护士; 远程随访; 自我效能感; 生活质量; 并发症; 造口护理

**中图分类号:**R473.2;R737.14 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2026.07.113

## Effect of a nurse-led remote follow-up program on health outcomes in bladder cancer patients with an ileal conduit (urostomy)

Qi Feiyu, Gao Junping, Gao Kaixia, Cheng Wenyu, Qin Sufang, Zhai Xiaoli. Nursing School of Shanxi Medical University, Taiyuan 030012, China

**Abstract: Objective** To investigate the effects of a nurse-led remote follow-up program in bladder cancer patients with urostomy.

**Methods** A total of 150 bladder cancer patients who underwent ileostomy surgery were randomly assigned to either a control group or an intervention group, with 75 in each group. The control group received routine discharge education and telephone follow-up, while their counterparts in the intervention group received a 6-month nurse-led remote follow-up intervention program. The stoma self-efficacy, stoma quality of life (QOL), and incidence of stoma related complications were compared between the two groups.

**Results** A total of 72 patients in the control group and 73 in the intervention group completed the study. The intervention group demonstrated significantly higher stoma self-efficacy and stoma-QOL scores, and significantly lower incidence of stoma-related complications compared to the control group (all  $P < 0.05$ ). **Conclusion** Nurse-led remote follow-up program can effectively enhance stoma self-efficacy and quality of life, and reduce complications in bladder cancer patients with urostomy.

**Keywords:** bladder cancer; ileostomy; nurse; remote follow-up; self-efficacy; quality of life; complication; stoma care

膀胱癌是泌尿系统高发恶性肿瘤。全球癌症统计数据统计显示,膀胱癌发病率约占全球新发癌症病例总数的 3%,位列第 10 位<sup>[1]</sup>。根治性全膀胱切除是目前治疗肌层浸润性膀胱癌最有效的方法,回肠膀胱术是全膀胱切除经典的尿流改道方式之一<sup>[2]</sup>。回肠造口术在技术上有很大挑战,若管理不当可出现较多并发症,影响患者的生活质量<sup>[3-4]</sup>。研究表明,对造口这一特殊人群,在加强治疗和护理的同时需进行有针对性的健康指导,且不仅是在住院期间,更要重视出院后指导<sup>[5]</sup>。远程护理属于患者出院后的延伸性护理手段,旨在对患者的护理从医院延续至家庭,进而提高护理效果<sup>[6-7]</sup>,但传统随访模式存在及时性不足、个性化欠缺和资源分配不均等问题。近年来利用移动健

康(mHealth)技术的远程随访逐渐应用于造口护理领域,但目前大多仍只涉及到某一功能模块,并未对膀胱癌回肠造口患者施行系统的干预方案。自我效能感是社会认知理论的核心概念,指个体对自身执行特定行为并取得预期结果能力的信心<sup>[8]</sup>。在膀胱癌回肠造口患者中,自我效能感直接影响其造口护理技能掌握、日常自我管理行为以及长期适应水平,是预测康复质量和生活质量的重要心理中介变量<sup>[9]</sup>。然而,远程护理模式如何影响患者的自我效能感,进而改善其综合健康结局,尚待深入探讨。本研究通过实施护士主导的远程随访,提高了膀胱癌回肠造口患者的自我效能及生活质量,降低并发症的风险。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 2024 年 9 月至 2025 年 4 月于山西医科大学第一医院泌尿外科招募研究对象。纳入标准:①经病理证实为膀胱癌,行回肠通道造口术;②年龄 $\geq 18$ 岁,意识清楚,能配合完成随访;③具备基本智能手机操作能力;④知情同意,自愿参与本研究。排除标准:①并存严重心、肝、肾等重要脏器功能不全;②存在认知障碍或精神疾病史;③转移性肿瘤或

作者单位:1.山西医科大学护理学院(山西太原,030012);2.山西医科大学第一医院泌尿外科

通信作者:高俊平, sxtygjp@126.com

齐菲宇:女,硕士在读,学生,2158494614@qq.com

科研项目:山西省自然科学基金资助项目(202403021211107);

2024 年度中医药科研课题基金项目(2024ZY2C058)

收稿:2025-11-04;修回:2026-01-08

预期生存期 < 6 个月; ④既往有造口手术史。使用 PASS2021 软件进行两独立样本均数比较的样本量估算, 设定参数如下: 双侧检验水准  $\alpha=0.05$ , 统计效能  $(1-\beta)=80\%$ 。基于本研究的主要结局指标自我效能感得分的总体标准差  $\sigma=19.8^{[10]}$ , 效应量 Cohen's  $d=0.5$ , 计算得出每组样本量为 63; 生活质量得分的总体标准差  $\sigma=10.7^{[11]}$ , 效应量 Cohen's  $d=0.5$ , 计算得出每组样本量为 63。考虑 15% 的失访率, 最终计划招募 150 例患者。1 名研究者负责评估受试者

资格、获取知情同意并收集数据。另 1 名研究者不参与招募, 仅使用 Excel2024 生成随机序列, 并密封于编号不透光信封中。完成基线评估后, 研究者按入组顺序拆封对应信封, 以 1:1 比例将受试者分入干预组或对照组。本研究已通过医院医学伦理委员会审批 (KYLL-2024-108), 所有参与者签署知情同意书。研究期间干预组失访 2 例, 对照组失访 3 例, 最终完成研究 145 例, 失访率 3.3%。两组一般资料比较, 见表 1。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$ )	文化程度(例)			婚姻状况(例)		
		男	女		小学及以下	初高中及中专	大专及以上	未婚	已婚	丧偶/离异
对照组	72	52	20	69.13±3.38	33	35	4	1	66	5
干预组	73	51	22	68.42±3.68	31	37	5	2	67	4
统计量		$\chi^2=0.017$		$t=1.211$		$Z=-0.453$				
P		0.897		0.228		0.650			1.000*	

  

组别	例数	现居地(例)		家庭人均月收入(例)			医疗费用支付方式(例)				正接受放/化疗(例)
		城镇	农村	<2 000 元	2 000~4 000 元	>4 000 元	新农合	职工/居民医保	商保	自费	
对照组	72	39	33	6	43	23	37	33	2	0	26
干预组	73	38	35	5	43	25	38	31	3	1	28
统计量		$\chi^2=0.008$			$Z=-0.373$						$\chi^2=0.078$
P		0.930			0.709			0.936*			0.780

注: \* 为 Fisher 精确概率检验。

## 1.2 干预方法

对照组接受常规护理和电话随访: 出院前指导患者造口护理方法(包括造口清洁、造口袋更换等基础技能培训), 为患者发放纸质版健康教育手册。出院后第 1、4、12 周进行电话随访, 记录恢复情况及并发症发生情况, 解答患者疑问。干预组接受为期 6 个月的护士主导的远程随访干预, 具体如下。

**1.2.1 干预方案的制订依据** ①理论框架: 以赋能理论<sup>[12]</sup>和自我效能理论<sup>[8]</sup>为核心, 通过增强患者的知识、技能和信心, 提升其自我管理的能力。②循证依据: 综合泌尿系统造口护理指南<sup>[13]</sup>及关于尿路造口患者延续性护理的专家共识<sup>[14]</sup>, 明确干预的核心要素包括: 结构化健康教育、持续的症状监测与评估、及时的电话或远程支持、多学科团队协作。③前期需求分析: 通过对本院 30 例回肠造口患者进行半结构化访谈, 将出院后需求动态划分为 3 个阶段, 即技能巩固期(出院后 1 个月内)、心理社会适应期(出院后 1~3 个月)、长期管理期(出院后 3 个月以上)。访谈揭示了各阶段的具体痛点, 如技能巩固期患者普遍存在“更换造口袋流程不熟练、渗漏处理焦虑”; 适应期突出表现为“对社交活动的担忧、自我形象紊乱”; 长期管理期则聚焦于“如何识别异常迹象、维持规律随访”。据此, 干预方案以康复阶段为框架, 融合教育、技能指导与主动监测, 旨在系统支持回肠造口患者从出院到居家管理的全程过渡。

**1.2.2 成立干预小组** 由泌尿外科病区 1 名护士

长、1 名主任医师、1 名造口治疗师、4 名主管护师、1 名营养师、1 名心理咨询师及 2 名护理研究生组成。护士长为项目总协调, 负责方案质量监控、多学科协作与资源调配; 主任医师负责审核红色预警并做出最终医疗决策, 提供专业医学咨询; 造口治疗师是核心技术专家, 主导造口护理方案设计, 处理复杂皮肤及造口问题的远程会诊; 主管护师为项目核心执行者, 其中两人负责阶段一的技能强化与纠错, 另外两人负责阶段二或三的生活方式指导与长期管理, 并共同处理日常预警; 营养师提供专业饮食与饮水指导, 审核营养相关的教育内容; 心理咨询师负责评估患者的心理社会适应状态, 提供必要的心理支持与咨询, 并协同处理与情绪、认知相关的预警信号; 研究生负责查阅文献、干预内容的实施、数据收集与后期数据处理。

### 1.2.3 护士主导的远程随访

#### 1.2.3.1 分阶段结构化教育与赋能

针对患者的出院时间、出院任务的重点将方案划分为 3 个连续、重点不同的阶段, 并利用微信推送个性化的内容。

**1.2.3.1.1 阶段一(出院后第 1~4 周)** 技能巩固期的干预重点在于使患者掌握造口护理自我管理的基本技能。为确保护理技能有效落实, 出院前患者或照护者需通过回授法评估, 能独立更换造口袋且评分  $\geq 90$  分方可出院。出院后每周通过微信推送 1~2 次多媒体教育(视频/图文手册), 教会患者如何正确地判断和评估造口及周围皮肤情况, 完成规范的结构

化护肤步骤。通过每日饮水打卡表和每日尿液颜色对比卡,督促患者达到每日摄取 2 000~3 000 mL 水分的目标。每日饮水打卡表采用分时段(如早餐、午餐、晚餐等)设计,患者每饮用约 250 mL 水即在对应时段标记,表末设有“今日总计”栏以便与每日目标进行比对。尿液颜色对比卡为标准比色卡,从透明(水分充足)至深黄(缺水)7~9 个色阶,卡片上明确标出理想颜色范围(1~3 阶),并指导患者将尿液颜色维持在此区域内。每周进行 1 次 15~20 min 视频随访,由研究护士在线观察实际操作(如底盘更换),并对错误步骤截图。随访后,通过微信向患者发送个性化纠错卡,内含标注的截图、错误说明及正确操作的视频链接,形成“实操-反馈-修正”的学习闭环。

**1.2.3.1.2 阶段二(出院后第 5~12 周)** 心理社会适应期的教育核心从基础护理转向生活重建。按主题分 4 次向患者推送健康教育内容。第 5~6 周聚焦社交准备,推送《首次外出活动规划指南》《渗漏应急预案》模板和《外出应急包标准清单》,在患者计划参与家庭聚会、朋友聚餐、短途出行、购物、恢复轻量工作等具体社交或外出场合前进行自查,如检查造口袋密封性、排气阀功能、预估容量并确认应急包携带。第 7~8 周侧重并发症预防,推送尿路感染识别、造口旁疝预防等图文。第 9~10 周关注心理调适,推送情绪管理技巧、沟通情景示例,引入“抗癌之星”同伴支持计划,将患者与经过培训的康复良好的志愿者配对,线上分享经验,鼓励患者尝试沟通并记录感受。第 11~12 周着眼于长期展望,推送恢复工作、旅行等建议及健康规划表,最终引导患者与护士共同完成《个人长期健康管理规划》。所有推送由护士进行个性化指导,从而将知识转化为实际能力。

**1.2.3.1.3 阶段三(出院后第 13 周至 6 个月)** 长期管理期的干预重点在于预防远期并发症和不断改善患者健康素养。重点开展造口旁疝/切口疝、肠梗阻早期征象、皮肤护理的知识技能延续教育,助力患者更好地回归社会。

**1.2.3.2 基于电子患者报告结局的主动监测与预警**  
为主动识别并发症,采用微信录入电子化患者报告系统。患者需每日在线填写简短量表(约 30 s),报告尿量、尿液性状、口渴感、便秘、造口周围皮肤及情绪状况。由 1 名主管护师每日审阅数据,并启动分级预警。黄色预警(如 24 h 尿量<500 mL 或轻度皮肤红肿),将在 24 h 内触发护士电话回访;红色预警(如体温>38.5℃、无尿超过 2 h 或血尿),则立即启动应急响应,护士指导患者就医。

**1.2.3.3 固定与按需结合的多维支持体系** 随访采用“固定频率+按需通道”的双轨模式。固定随访的频率与形式随康复阶段动态调整:从阶段一的每周 1 次视频,逐步过渡至阶段二的每周 1 次视频/电话,再到阶段三的每两周 1 次电话结合每月 1 次视频。所

有固定随访均使用统一的结构化清单,包括造口及皮肤评估、实操纠错、尿液观察、心理支持、生活方式指导、复查提醒、长期并发症筛查。此外,患者在整个研究期间还可通过专人手机或“造口热线”获得及时的按需支持。

**1.2.3.4 多学科协作与数据整合** 随访护士作为多学科协作的协调者,依据预设的标准化转介预案启动不同专业的协同支持。其具体运作模式如下:当患者出现疑难造口皮肤问题时,护士将整理评估资料(如照片、描述)并联系造口治疗师进行远程会诊;当监测到营养指标异常或患者存在代谢风险时,则转介至临床营养师进行个体化饮食指导;若发现患者存在显著焦虑、抑郁情绪或心理适应障碍,则启动由心理咨询师参与的心理支持流程;对于用药复杂或出现可疑药物相关不良反应的情况,则由医生提供用药评估与调整建议。所有跨专业协作的发起、过程与结论均被记录,整合至患者的统一健康档案中,形成连续、可追溯的多学科干预记录。这一机制确保了患者在居家期间遇到的复杂健康问题,能够获得与院内同质化的专业团队支持。

### 1.3 评价方法

由 2 名护理研究生负责收集数据。于出院前(T<sub>0</sub>)及出院后 30 d(T<sub>1</sub>)、90 d(T<sub>2</sub>)和 180 d(T<sub>3</sub>)使用造口自我效能感量表及造口患者生活质量量表进行调查,出院后采用问卷星在线调查与电话访谈相结合的方式。此外,从医疗记录中提取造口并发症与非计划再入院的相关资料。

**1.3.1 造口患者自我效能感量表(Stoma Self-Efficacy Scale)** 由 Bekkers 等<sup>[15]</sup>研制,Wu 等<sup>[16]</sup>翻译整合成繁体中文版。量表由 2 个维度(造口照顾效能、社交效能)及 6 个独立条目(饮食选择效能、性生活效能、性生活满意度效能、从事重体力劳动效能、保持活力效能、造口自理效能)组成。采用 Likert 5 级评分法,“没有自信”到“非常自信”依次计 1~5 分。总分 28~140 分,得分越高表明造口患者的自我效能状况越佳。低水平自我效能得分<65 分,中等水平自我效能得分 66~102 分,高水平自我效能得分≥103 分。量表的 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.957<sup>[10]</sup>。

**1.3.2 造口患者生活质量量表(Stoma-QOL)** 由 Prieto 等<sup>[17]</sup>研制,吴雪等<sup>[18]</sup>翻译成中文版,评估内容涵盖睡眠状况、性生活质量、与家庭成员(朋友)间的关系以及和非家庭成员(非亲密朋友)构成的其他社会关系 4 个领域,共 20 个条目。每个条目均设总是、有时、很少、从不 4 个选项,依次赋 1~4 分。总分 20~80 分,得分越高表示生活质量越好。量表折半信度为 0.865,Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.893。

**1.3.3 并发症发生率** 包括造口周围皮肤损伤,造口水肿、出血、狭窄、回缩、脱垂,造口黏膜分离,造口旁疝等。同一患者同种并发症在 T<sub>1</sub>、T<sub>2</sub>、T<sub>3</sub> 不重复

统计。

**1.4 统计学方法** 采用 SPSS25.0 软件进行数据分析。计量资料服从正态分布以( $\bar{x} \pm s$ )表示,组间比较采用独立样本 *t* 检验;计数资料以频数表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验或 Fisher 精确概率检验;等级资料组间比较采用 Mann-Whitney *U* 检验。对自我效能感

及生活质量得分采用重复测量的方差分析,分析前进行 Mauchly 球形度检验,若不满足则采用 Greenhouse-Geisser 校正。检验水准  $\alpha=0.05$ 。

**2 结果**

**2.1 两组造口自我效能感和生活质量得分比较** 见表 2。

表 2 两组造口自我效能感和生活质量得分比较

分,  $\bar{x} \pm s$

组别	例数	自我效能感				生活质量			
		T0	T1	T2	T3	T0	T1	T2	T3
对照组	72	57.56±19.51	61.60±19.73	67.62±19.49	73.65±19.48	33.03±8.74	40.04±8.77	47.08±8.83	54.08±8.83
干预组	73	57.44±19.43	68.45±19.34	77.49±19.35	89.51±19.26	33.11±8.47	45.14±8.43	54.18±8.50	61.35±8.89
<i>t</i>		0.036	2.113	3.060	4.928	0.058	3.543	4.896	4.899
<i>P</i>		0.965	0.002	<0.001	<0.001	0.976	<0.001	<0.001	<0.001

注:两组造口自我效能感得分比较,  $F_{\text{组间}}=25.246(P<0.001)$ ,  $F_{\text{时间}}=40.938(P<0.001)$ ,  $F_{\text{交互}}=4.227(P=0.006)$ 。两组生活质量得分比较,  $F_{\text{组间}}=45.236(P<0.001)$ ,  $F_{\text{时间}}=213.773(P<0.001)$ ,  $F_{\text{交互}}=5.316(P=0.001)$ 。

**2.2 两组造口并发症发生率比较** 见表 3。

表 3 两组造口并发症发生率比较 例(%)

组别	例数	T1	T2	T3
对照组	72	13(18.06)	17(23.61)	10(13.89)
干预组	73	5(6.85)	7(9.59)	3(4.11)
$\chi^2$		4.187	5.160	4.247
<i>P</i>		0.041	0.023	0.039

注:T1 时,对照组造口并发症包括造口水肿 4 例,造口周围皮肤损伤 3 例,造口黏膜出血 2 例,感染相关并发症 4 例,干预组分别为 1,1,1,2 例。T2 时,对照组造口水肿 1 例,造口周围皮肤损伤 2 例,造口黏膜出血 1 例,感染相关并发症 2 例,造口狭窄 4 例,造口旁疝 2 例,输尿管-回肠吻合口狭窄 2 例,造口回缩 2 例,肾积水 1 例;干预组造口周围皮肤损伤 1 例,造口狭窄 2 例,造口旁疝 3 例,输尿管-回肠吻合口狭窄 1 例。T3 时,对照组造口周围皮肤损伤 1 例,感染相关并发症 2 例,造口狭窄 2 例,造口旁疝 2 例,输尿管-回肠吻合口狭窄 1 例,肾积水 1 例,反流性肾盂肾炎 1 例;干预组造口狭窄、造口旁疝、尿路结石各 1 例。

**3 讨论**

**3.1 护士主导的远程随访可提升回肠造口患者造口自我效能感与生活质量** 本研究表明,护士主导的远程随访能显著提升膀胱癌回肠造口患者的自我效能感与生活质量,与对照组比较,差异有统计学意义(均  $P<0.05$ )。患者自我效能感的提升,源于以赋能理论为核心的结构化干预方案。分阶段教育精准匹配了康复期的动态需求,而回授法结合视频实操纠错与个性化反馈,共同构成了以能力建构为导向的主动学习闭环。这一模式突破了传统教育的局限,对掌握复杂技能、培养信心与控制感尤为关键。同样,在老年髌关节骨折合并认知障碍患者<sup>[19]</sup>和冠心病患者<sup>[20]</sup>中也发现护士主导的干预与患者自我效能感提升具有显著相关性。这主要得益于该类干预能为患者系统提供所需信息、改善家庭沟通、优化康复环境并协助用药管理,从而全面满足其身心与社会需求,最终提

升其知识水平、实践能力与康复信心。

在生活质量方面,护士通过微信平台在患者出院后持续提供信息支持,增强了患者居家造口管理的安全感与信心<sup>[21]</sup>。与一项荟萃分析的结论相符,即护士主导的随访干预对生活质量的改善具有积极作用<sup>[22]</sup>。其机制可能在于此类干预有助于减少并发症、提升安全性并优化患者整体健康结局<sup>[23]</sup>。Alenezi 等<sup>[24]</sup>也指出,健康教育及造口护理与支持是改善造口患者生活质量的可调整因素。本研究为患者提供了全程支持:出院前确保患者掌握造口技能,助力平稳过渡;出院后则通过多元远程随访,确保持续的信息支持。

**3.2 护士主导的远程随访可降低造口并发症发生率**

本研究显示,干预组造口相关并发症发生率显著低于对照组(均  $P<0.05$ )。护士主导的随访干预效果也在其他人群,如老年人、心脏病患者以及结直肠术后患者的相关研究中得到印证<sup>[25-27]</sup>。可能因为多学科协作、照顾者参与以及以患者为中心的个体化护理方案,充分调动和发挥各方作用<sup>[28]</sup>,促使患者较好地掌握了自我管理技能,主动实现自我管理。同时,干预组使用基于电子患者报告结局的主动监测系统,它可将日常症状数据转化为预警信号,实现对潜在问题的早期识别。多数黄色预警(如早期脱水、皮肤刺激)通过护士的及时指导(如调整饮水、优化护理技巧)得以控制,从而避免了病情恶化。此种“风险前置”的管理模式,展现出优于传统被动应对的临床价值。

**4 结论**

本研究证实,护士主导的远程随访能有效提升膀胱癌回肠造口患者的造口自我效能感与生活质量,并显著降低造口相关并发症发生率。但作为单中心研究,其普适性有待验证;且干预周期有限,未能评估长期效果与经济性。未来需通过多中心、长周期研究验证远期效益,并深入分析自我效能的中介机制及进行成本效益评价,以促进远程随访模式的推广。

## 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] 姜帅, 许培榕, 项卓仪, 等. 机器人辅助腹腔镜、传统腹腔镜和开放手术 3 种膀胱癌根治性全膀胱切除加回肠膀胱术的围手术期疗效比较[J]. *复旦学报(医学版)*, 2020, 47(1):1-6.
- [3] 柏荣杰, 杨潇, 蔡令凯, 等. 原位回肠新膀胱术后新膀胱相关并发症的影响因素分析[J]. *临床泌尿外科杂志*, 2024, 39(8):696-701.
- [4] 杨婷, 杨帆. 膀胱癌根治性切除术后患者性困扰的质性研究[J]. *护理学杂志*, 2025, 40(4):77-80, 91.
- [5] 郝海燕, 胡心仪, 王子恒, 等. 膀胱癌术后双侧腹壁造口患者的延续护理[J]. *护理学杂志*, 2019, 34(4):93-96.
- [6] Weiss K, Abimbola O, Mueller D, et al. Feasibility, acceptability, and outcomes of a mobile health tool for radical cystectomy recovery[J]. *J Urol*, 2024, 211(2):266-275.
- [7] 万晓琼, 兰花, 张阳阳, 等. 基于 5E 教学的远程护理随访模式在膀胱癌尿路造口患者延续护理中的应用效果[J]. *临床医学研究与实践*, 2022, 7(19):161-163.
- [8] Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change[J]. *Psychol Rev*, 1977, 84(2):191-215.
- [9] 李丽君, 耿力, 杨荆艳, 等. 自我效能与社会支持在尿路造口患者病耻感与生活质量间的中介效应[J]. *护理学杂志*, 2024, 39(5):31-34.
- [10] 阮卉, 尤黎明. 直肠癌永久性结肠造口患者自我效能及影响因素的调查[J]. *护士进修杂志*, 2010, 25(11):1055-1057.
- [11] Lin L, Fang Y, Wei Y, et al. The effects of a nurse-led discharge planning on the health outcomes of colorectal cancer patients with stomas: a randomized controlled trial[J]. *Int J Nurs Stud*, 2024, 155:104769.
- [12] 吴欣娟, 李惠玲. 高级护理实践[M]. 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2021:28-30.
- [13] 黄健, 张旭. 中国泌尿外科和男科疾病诊断治疗指南: 2022 版[M]. 北京: 科学出版社, 2022:1083-1084.
- [14] 广东省抗癌协会泌尿生殖系肿瘤专业委员会, 陈小萍, 蒋梦笑, 等. 尿路造口患者围手术期及延续护理专家共识[J]. *护理学杂志*, 2025, 40(22):1-6.
- [15] Bekkers M J, van Knippenberg F C, van den Borne H W, et al. Prospective evaluation of psychosocial adaptation to stoma surgery: the role of self-efficacy[J]. *Psychosom Med*, 1996, 58(2):183-191.
- [16] Wu H K M, Chau J P C, Twinn S. Self-efficacy and quality of life among stoma patients in Hong Kong[J]. *Cancer Nurs*, 2007, 30(3):186-193.
- [17] Prieto L, Thorsen H, Juul K. Development and validation of a quality of life questionnaire for patients with colostomy or ileostomy[J]. *Health Qual Life Outcomes*, 2005, 3:62.
- [18] 吴雪, 金晓燕, 尚少梅, 等. 造口病人生活质量量表中文译本的信度、效度分析[J]. *中国护理管理*, 2011, 11(7):23-25.
- [19] Tseng M Y, Yang C T, Liang J, et al. A family care model for older persons with hip-fracture and cognitive impairment: a randomized controlled trial[J]. *Int J Nurs Stud*, 2021, 120:103995.
- [20] Su J J, Yu D S. Effects of a nurse-led eHealth cardiac rehabilitation programme on health outcomes of patients with coronary heart disease: a randomised controlled trial[J]. *Int J Nurs Stud*, 2021, 122:104040.
- [21] Augestad K M, Sneve A M, Lindsetmo R O. Telemedicine in postoperative follow-up of STOMa Patients: a randomized clinical trial (the STOMPA trial)[J]. *Br J Surg*, 2020, 107(5):509-518.
- [22] Mao H, Xie Y, Shen Y, et al. Effectiveness of nurse-led discharge service on adult surgical inpatients: a meta-analysis of randomized controlled trials[J]. *Nurs Open*, 2022, 9(5):2250-2262.
- [23] Lockwood C, Mabire C. Hospital discharge planning: evidence, implementation and patient-centered care[J]. *JBIM Evid Synth*, 2020, 18(2):272.
- [24] Alenezi A, McGrath I, Kimpton A, et al. Quality of life among ostomy patients: a narrative literature review[J]. *J Clin Nurs*, 2021, 30(21-22):3111-3123.
- [25] Provencher V, Clemson L, Wales K, et al. Supporting at-risk older adults transitioning from hospital to home: who benefits from an evidence-based patient-centered discharge planning intervention? Post-hoc analysis from a randomized trial[J]. *BMC Geriatr*, 2020, 20(1):84.
- [26] Cajanding R J. Effects of a structured discharge planning program on perceived functional status, cardiac self-efficacy, patient satisfaction, and unexpected hospital revisits among Filipino cardiac patients: a randomized controlled study[J]. *J Cardiovasc Nurs*, 2017, 32(1):67.
- [27] Lumpkin S T, Strassle P D, Fine J P, et al. Early follow-up after colorectal surgery reduces postdischarge emergency department visits[J]. *Dis Colon Rectum*, 2020, 63(11):1550-1558.
- [28] Rodakowski J, Rocco P B, Ortiz M, et al. Caregiver integration during discharge planning of older adults to reduce resource utilization: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials[J]. *J Am Geriatr Soc*, 2017, 65(8):1748-1755.

(本文编辑 宋春燕)