

# 家庭参与式护理模式在成人肠造口患者中的应用效果

顾佳妮,刘萍,姜丽萍

(上海交通大学医学院附属新华医院 护理部,上海 200092)

**【摘要】** 目的 探讨基于家庭参与式护理模式(family-integrated care, FICare)在成人肠造口患者中的应用效果。方法 2021年12月至2022年2月,采用便利抽样法选取在上海市某三级甲等医院肛肠外科两个病区行成人肠造口术的60例患者及家属为研究对象,按随机数字表法将其分为对照组( $n=30$ )和观察组( $n=30$ )。对照组采用常规的肠造口术后护理措施,观察组采用家庭参与式护理模式,比较两组患者家属的肠造口健康知识知晓度、护理技能的掌握程度及患者造口周围皮肤并发症发生率与生活质量。结果 干预后,观察组的造口知识及护理技术得分均高于对照组,肠造口周围皮肤情况评分及生活质量总分均低于对照组,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$ )。结论 实施家庭参与式护理模式,有利于提高肠造口患者家属的护理知识及技能,减少肠造口患者周围皮肤并发症的发生,改善患者生活质量。

**【关键词】** 家庭参与式护理;成人肠造口;生活质量

doi:10.3969/j.issn.2097-1826.2023.11.014

**【中图分类号】** R473 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 2097-1826(2023)11-0057-05

## Using Family-Integrated Care Model in Adult Patients with Stoma

GU Jiani, LIU Ping, JIANG Liping (Department of Nursing, Xinhua Hospital Affiliated to Shanghai Jiao Tong University, Shanghai 200092, China)

Corresponding author: JIANG Liping, Tel: 021-25076126

**【Abstract】 Objective** To evaluate the influence of family-integrated care(FIC) model among adult patients with stoma. **Methods** Convenience sampling method was used to select 60 adult inpatients who received stoma surgery from 2 wards in a tertiary A hospital in Shanghai from December 2021 to February 2022, together with their caregivers. These patients were randomly selected and divided into control group and observation group( $n=30$ ). The control group received routine care. In addition, the observation group received family-integrated care model. The basic nursing knowledge and nursing skills of stoma care, the peripheral skin complications, and the quality of life of the two groups were compared. **Results** After intervention, the basic nursing knowledge and nursing skills of stoma care mastered by family members in observation group were better than the control group and the score of DET and the score of quality of life(CHO-QOL-OQ) were significantly lower than the control group(all  $P<0.05$ ). **Conclusions** The implementation of the family-integrated care model can significantly improve the nursing knowledge and skills of family members among patients with stoma, reduce the occurrence of peripheral skin complications of stoma, and improve the quality of life of patients.

**【Key words】** family-integrated care model; adult patients with stoma; quality of life

[Mil Nurs, 2023, 40(11): 57-61]

肠造口术是挽救结直肠癌患者生命的主要治疗方式<sup>[1]</sup>。研究<sup>[2-3]</sup>显示,由于排便方式的改变,造口患者术后康复面临困境,患者需长期依赖于家庭照顾。大多数家属常常因患者住院时间短,期间未得到有效的健康指导,导致居家护理时缺乏足够的造

口知识和技能,影响了患者的生活质量及预后<sup>[4-5]</sup>。家庭参与式护理(family-integrated care, FIC)<sup>[6]</sup>是一种强调将家属纳入护理团队,在护士专业指导和教育下,积极参与患者各项护理工作的一种护理模式。基于此,本研究将FIC应用于肠癌术后成人造口患者中,探讨其应用效果。

## 1 对象与方法

1.1 研究对象 2021年12月至2022年2月,采用便利抽样法选取在上海市某三级甲等医院肛肠外科两个病区首次行肠造口术的成人患者及家属为研究对象。纳入标准为:(1)肠造口患者:①年龄 $\geq 18$ 周

**【收稿日期】** 2022-11-22 **【修回日期】** 2023-10-11

**【基金项目】** 上海市申康医院发展中心“促进市级医院临床技能与临床创新三年行动计划”研究型医师创新转化能力培训项目(SHDC2022CRS017B);上海交通大学医学院附属新华医院十四五第1期护理学科人才项目(HLXKRC2021002)

**【作者简介】** 顾佳妮,硕士,主管护师,电话:021-25076126

**【通信作者】** 姜丽萍,电话:021-25076126

岁;②病理活检首诊为肠癌,并行结直肠癌根治手术和永久性肠造口手术。(2)家属:①患者出院后能保证照顾时间>4 h/d且连续照顾时间在1个月以上;②年龄≥18周岁,具备正常的阅读与沟通能力,且能熟练使用智能手机。排除标准:(1)肠造口患者:①急危重症患者;②精神疾病患者;③合并其他器质性疾病患者。(2)家属:①有重大疾病者;②因自身原因无法完成随访者。根据吴明隆<sup>[7]</sup>《SPSS统计应用实务》规定,终点指标和最小样本量计算来计算样本量,每组最小样本量为26例,考虑20%的脱落剔除率,最终纳入最小样本量为31例。最终计算得出至少需纳入两组患者各31例。两组家属各31例。根据随机数字法将纳入的62例患者及家属分为观察组和对照组。其中对照组有1例中途退出研究,观察组有1例因死亡退出研究,最终纳入60例,两组均为30例。所有研究对象均自愿参加并签署知

情同意书。本研究经医院伦理委员会审批(Approval No.XHEC-D-2023-052)。

### 1.2 研究方法

1.2.1 对照组 给予常规护理,主要包括日常的宣教和护理。

1.2.2 观察组 在常规护理基础上实施家庭参与式护理模式。

1.2.2.1 干预方案的构建 该干预模式基于家庭参与式护理理论框架<sup>[8]</sup>,由研究者与1名研究生根据FIC模式的5大核心要素和5大实施步骤引导本方案涉及内容的提出与提炼<sup>[9]</sup>,通过国内外相关文献检索,制定家属参与肠癌术后患者造口护理的具体方案。随后咨询胃肠外科医生、护理、营养、心理等方面专家,通过预试验进一步修订和完善方案。最终确定6个参与环节,初步建立起17项参与内容及具体指导方案,详见表1。

表1 基于家庭参与式护理理论家属参与肠癌术后造口护理方案

参与环节	参与实施内容	具体指导方案
1.成立管理小组	科室造口管理专科小组	小组成员包括:研究者;肛肠外科医生2名;护士2名,其中1名为造口治疗师;护理研究生1名。负责制定造口管理策略,组织科室成员学习、实操练习,并进行考核。
2.培训成员	家庭参与式护理小组	小组成员包括:造口患者、患者家属(主要照护者1名)、管床医生、责任护士、造口治疗师、营养师、心理治疗师各1名。
	培训医务人员	培训内容:(1)造口相关知识(2)造口评估工具及使用方法;(3)居家造口护理注意事项;(4)医护患家属沟通的意义与技巧;(5)对患者、家属及医护自身的心理支持方法;(6)家庭参与式护理的重要性及内容。
	培训家属	培训内容:(1)采用课堂讲座、视频播放、操作示范相结合的方式对造口相关护理知识的培训;(2)强调家属参与造口护理及并发症观察的重要性及方法;(3)详细介绍造口袋更换流程及降低渗漏风险的方法,并指导家属在造口仿真模具上进行操作练习,纠正其操作中不当的地方。
3.社会支持	专业人员支持	多学科团队与患者及家属共同制定护理计划,提供解决其问题的有效策略。
	同伴支持	选取将要在同一天进行造口手术的患者及其家属采用集体交流方式,建立病友交流群,鼓励或帮助彼此克服困难。
4.资源与环境支持	建立家属示教室	在病区示教室内设置造口知识宣教角和足够的椅子,以方便家属在此学习相关造口知识及练习操作。
	提供造口护理练习模具	在示教室备有足量造口仿真模具,供家属练习使用。
	发放宣教培训资料	造口治疗师,在术前将给患者及其家属观看造口相关宣教视频;在示教室的公共知识宣教区域,存放造口治疗相关知识宣教手册。
	提供多媒体支持	包括智能宣教平板、多媒体宣教室、抖音直播设备。
	利用微平台支持	利用微信群、微信公众号、抖音直播、移动医疗APP、云随访系统(智随访),实现院内外患者及家属与医护人员随时沟通交流。
5.加强沟通交流	加强疾病及造口相关专业知识沟通	(1)主管医生如实告知患者及家属病情,实时沟通交流,提供心理护理;(2)主管医生讲解手术相关知识及注意事项;(3)造口师告知家属术后造口护理注意事项,并密切关注其心理变化,适当进行积极引导。
	指导家属沟通方法及技巧	指导家属与患者言语交流(鼓励说出内心感受)和肢体交流(握手、触摸),消除其负面情绪。
6.家属参与护理	参与照护护理,提升照护技能	(1)参与患者日常护理、健康教育;(2)家属根据营养师指导,给予患者营养支持;(3)参与术前肠道准备;(4)家属配合护士,协助患者康复锻炼。
	参与心理支持,减轻患者恐惧焦虑情绪	护士指导家属,当家属发现患者存在负面情绪的时候,可以通过多种方式来分散其注意力;加强患者治疗和康复信心。
	参与造口管理	(1)参与术前造口模拟练习;(2)术后第1天家属在之前模拟练习的基础上,观摩造口师真实情境下肠造口换袋操作;(3)术后第3天,造口治疗师一对一辅助家属进行肠造口换袋操作,造口治疗师对操作技能掌握情况进行评分并鼓励指导;(4)第3次由家属独立更换造口袋,造口治疗师观察家属是否完全掌握,确保患者家属在出院前能独立完成更换造口袋。(5)参与患者造口并发症观察;当出现异常情况时,应及时向医护人员反馈。
	参与决策	参与手术方案决策;医生、患者、家属共同决策手术方案。 参与造口用品的选择;造口治疗师、患者、家属共同决策造口袋选择。 参与出院计划决策;患者病情趋于稳定适合出院后,与患者及家属商议出院时间,使其参与出院时间的决策,参与制定出院计划。

1.2.2.2 质量控制方法 干预前对FIC团队成员进行研究方案的统一培训,确保严格按照研究方案进行实施。课题负责人全程监督,定期抽查操作规范性。患者家属在操作过程中有头晕、恶心不适等不

良反应立即停止。干预后由不知分组的造口治疗师评测,现场收回并经双人核对无误后录入Excel。

### 1.3 评价方法

1.3.1 评价工具 (1)一般资料问卷:自行设计,比

较两组患者及家属的年龄、基础疾病、文化程度、主要照护者、人均月收入、工作状态、手眼功能等。(2) 肠造口健康知识知晓度:采用吴燕<sup>[10]</sup>制作的肠造口健康知识知晓度量表。该量表共 3 个维度 15 个条目。满分是 15 分,得分越高证明家属对肠造口健康知识掌握程度越好。该量表的 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.84。(3) 家属造口护理技术掌握度:采用 2019 年中华造口伤口失禁专委会修订的“肠造口操作流程及评分标准”对患者家属进行考核,80 分为合格。为了避免偏倚,所有家属“操作前、操作后”这两个板块均为满分 35 分。得分越高证明家属对肠造口护理技术掌握程度越好。(4) 肠造口周围皮肤情况评估:采用造口专家组开发的肠造口周围皮肤评估工具 DET 评分(discolouration-变色;erosion/ulceration-侵蚀/溃疡;tissue overgrowth-组织增生)评估肠造口周围皮肤情况。DET 总分为 3 个症状评分总和,最高分为 15 分,最低分为 0 分,分数越高说明皮肤损害的程度越重<sup>[11]</sup>。(5) 肠造口患者生活质量评估:研究采用皋文君等<sup>[12]</sup>修订的中文版造口患者生活质量测量表(city of hope-quality of life-ostomy questionnaire-chinese version, COH-QOL-OQ)评估患者生活质量。该量表共 4 个维度 32 个条目。采用 0~10 分计分,得分越高,说明患者生活质量越低。该量表的 Cronbach's  $\alpha$  系数是 0.686。

1.3.2 资料收集方法 研究者制作统一的资料收集表并下发给干预者和评估者,同时负责过程指标的收集。两个病区分别由接受过同质化培训的 FIC 团队成员对家属进行干预,由护士负责收集每个阶段患者的一般资料和疾病相关资料,由未参与干预且经过培训的门诊造口治疗师在不同时间点(术前、术后 1 d、术后 3 d、出院时、出院后 1 个月)进行评估,负责收集干预前后相关结局指标,评估者不知道患者的分组。问卷当场回收,以避免误差。

1.3.3 统计学处理 采用 SPSS 18.0 统计软件,计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,采用  $t$  检验;计数资料以百分比表示,采用  $\chi^2$  检验,以  $P < 0.05$  或  $P < 0.01$  表示差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 一般资料 两组患者及家属一般资料比较,差异均无统计学意义(均  $P > 0.05$ ),见表 2、3。

2.2 两组患者家属肠造口健康知识知晓度评分的比较 两组家属术后 3 d、出院时及出院后 1 个月的肠造口健康知识知晓度的评分差异均有统计学意义(均  $P < 0.05$ ),详见表 4。

2.3 两组家属肠造口袋排空、清洁操作评分及肠造口护理操作评分的比较 两组家属术前、术后 1 d 的肠造口袋排空和清洁操作评分差异有统计学意义

(均  $P < 0.05$ );术后 3 d、出院时及出院后 1 个月时的肠造口护理操作评分差异均统计学意义(均  $P < 0.05$ )。详见表 5、表 6。

表 2 肠造口患者的一般资料(N=60)

项 目	观察组 (n=30)	对照组 (n=30)	$\chi^2/t/Z$	P
性别				
男	22(73.33)	19(63.33)	0.693	0.405
女	8(26.67)	11(36.67)		
年龄(岁)				
<70	24(80.00)	20(66.67)	1.364	0.243
$\geq 70$	6(20.00)	10(33.33)		
合并基础疾病				
无	13(43.33)	8(26.67)	2.053	0.562
高血压	12(40.00)	17(56.67)		
糖尿病	3(10.00)	3(10.00)		
高血压合并糖尿病	2(6.67)	2(6.67)		
文化程度				
文盲及学前	0(0.00)	0(0.00)	5.109	0.276
小学	1(3.33)	0(0.00)		
初中	13(43.33)	21(70.00)		
高中或中专	7(23.33)	5(16.67)		
大专及以上学历	9(30.00)	4(13.33)		
婚姻状态				
未婚	1(3.33)	2(6.67)	1.405	0.843
已婚	29(96.67)	27(90.00)		
离异	0(0.00)	0(0.00)		
分居	0(0.00)	0(0.00)		
丧偶	0(0.00)	1(3.33)		
居住情况				
独居	1(3.33)	3(10.00)	3.56	0.313
与配偶生活	11(36.67)	14(46.67)		
与配偶、子女生活	18(60.00)	12(40.00)		
与子女生活	0(0.00)	1(3.33)		
职业情况				
离退休人员	23(76.67)	24(80.00)	2.855	0.722
工人	0(0.00)	0(0.00)		
农民	1(3.33)	2(6.67)		
教师	1(3.33)	0(0.00)		
医护人员	0(0.00)	1(3.33)		
其他	5(16.67)	3(10.00)		
主要照护者				
配偶	23(76.67)	17(56.67)	3.9	0.273
子女	6(20.00)	10(33.33)		
兄弟姐妹	1(3.33)	1(3.33)		
其他	0(0.00)	2(6.67)		
家庭所在地				
农村	7(23.33)	13(43.33)	2.7	0.100
城镇	23(76.67)	17(56.67)		
人均月收入(元)				
$\leq 2000$	0(0.00)	0(0.00)	0.082	0.994
2001~4000	0(0.00)	0(0.00)		
4001~6000	8(26.67)	9(30.00)		
>6000	22(73.33)	21(70.00)		
家庭角色				
主要劳动者	10(33.33)	7(23.33)	0.739	0.390
非主要劳动者	20(66.67)	23(76.67)		

表3 患者家属的一般资料(N=60)

项 目	观察组 (n=30)	对照组 (n=30)	$\chi^2/t/Z$	P
年龄(岁)	54.44±11.89	53.34±14.63	0.328	0.750
性别				
男	11(36.67)	8(26.67)	0.693	0.405
女	19(63.33)	22(73.33)		
文化程度				
文盲及学前	0(0.00)	0(0.00)	4.786	0.310
小学	5(16.67)	7(23.33)		
初中	10(33.33)	7(23.33)		
高中或中专	6(20.00)	12(40.00)		
大专及以上	9(30.00)	4(13.33)		
家庭角色				
配偶	23(76.67)	17(56.67)	4.599	0.273
子女	6(20.00)	10(33.33)		
兄弟姐妹	1(3.33)	1(3.33)		
其他	0(0.00)	2(6.67)		
工作状态				
在职	13(43.33)	12(40.00)	0.069	0.793
退休或无工作	17(56.67)	18(60.00)		
手眼功能				
影响换袋	2(6.67)	6(20.00)	2.308	0.129
不影响换袋	28(93.33)	24(80.00)		

表4 两组患者家属肠造口健康知识知晓度评分的比较(n=60)

时 间	观察组 (n=30)	对照组 (n=30)	t/F	P
术后3 d	9.33±2.20	7.27±3.05	2.999	0.004
出院时	14.40±1.07 <sup>a</sup>	12.87±2.35 <sup>a</sup>	3.251	0.002
出院后1个月	14.73±0.52 <sup>a</sup>	11.37±2.71 <sup>a</sup>	6.669	<0.001
t/F	131.825	34.115		
P	<0.001	<0.001		

a: P<0.05,与术后3 d比较

表5 两组患者家属肠造口袋排空和清洁操作评分的比较(n=60)

时 间	观察组 (n=30)	对照组 (n=30)	t/F	P
术前	85.47±2.92	83.07±4.13	2.785	0.007
术后1 d	92.17±3.03	90.13±3.61	2.372	0.021
t/F	8.72	7.054		
P	<0.001	<0.001		

表6 两组患者家属肠造口护理操作评分的比较(n=60)

时 间	观察组 (n=30)	对照组 (n=30)	t/F	P
术后3 d	83.40±3.04	79.53±3.88	4.307	<0.001
出院时	90.50±3.42 <sup>a</sup>	88.33±3.49 <sup>a</sup>	2.433	0.018
出院后1个月	94.43±3.01 <sup>a</sup>	92.60±3.78 <sup>a</sup>	2.075	0.043
t/F	93.764	96.271		
P	<0.001	<0.001		

a: P<0.05,与术后3 d比较

2.4 两组患者 COH-QOL-OQ 评分的比较 观察组患者出院时 COH-QOL-OQ 总分为(121.43±24.62)分,出院后1个月的总分为(75.27±18.73)

分;对照组患者出院时的总分为(138.13±25.81),出院后1个月的总分为(92.63±13.58)。两组患者在出院时和出院后1个月的CHO-QOL-OQ评分差异均有统计学意义(均P<0.05)。详见表7。

表7 两组患者 COH-QOL-OQ 评分的比较(n=60)

时 间	观察组 (n=30)	对照组 (n=30)	t/F	P
出院时	121.43±24.62	138.13±25.81	-2.565	0.013
出院后1个月	75.27±18.73	92.63±13.58	-4.111	<0.001
t/F	8.174	8.545		
P	<0.001	<0.001		

2.5 两组患者肠造口周围皮肤情况评分的比较 出院时两组患者的肠造口周围皮肤情况评分差异无统计学意义(P>0.05),出院后1个月差异有统计学意义(P<0.05)。详见表8。

表8 两组患者肠造口周围皮肤情况评分的比较(n=60)

时 间	观察组 (n=30)	对照组 (n=30)	t/F	P
术后3 d	0	0		
出院时	0.40±0.81 <sup>a</sup>	0.67±1.09 <sup>a</sup>	1.085	0.283
出院后1个月	0.93±1.87 <sup>a</sup>	2.47±0.57 <sup>a</sup>	4.309	<0.001
t/F	4.716	97.057		
P	0.011	<0.001		

a: P<0.05,与术后3 d比较

### 3 讨论

3.1 家庭参与式护理能够有效提高患者家属护理知识知晓度 本研究显示,术后3 d、出院时、出院后1个月,观察组患者家属的肠造口健康知识知晓度得分均高于对照组(均P<0.05)。说明在住院部建立家属示教室,在提供常规宣教手册的同时,采用课堂讲座、视频播放、提供多媒体支持(包括智能宣教平板、多媒体宣教室、抖音直播设备等),在出院后通过微平台系统(微信群、微信公众号、抖音直播、云随访系统)给予多途径的肠造口健康知识推送指导能有效提高家属的健康知识水平。对照组家属在出院后1个月时的得分反而比出院前得分偏低,可能与人的记忆随时间推移存在遗忘且未得到推送指导有关。这与国内相关研究<sup>[13]</sup>较一致。可见,与传统的健康宣教相比,家庭参与式护理可以有效提高家属对专业护理知识的掌握程度。

3.2 家庭参与式护理有助于提升家属肠造口护理技能 本研究采用家庭参与式护理模式,通过住院期间造口护理操作的模具模拟训练及真实情境下实操培训来循序渐进地提高患者家属对造口护理的掌握程度,使得患者出院后的居家康复护理得到更有效

保障。由表 5、6 可知,观察组家属不同时间点肠造口护理技能得分均大于对照组(均  $P < 0.05$ )。考虑到患者短期住院出院后的居家造口护理问题,以往肠造口护理模式较为单一且忽略了家庭参与的重要性<sup>[4]</sup>,居家护理技能往往得不到有效评估及纠正等问题,本研究使用医院云随访系统对家属进行持续的可视指导、改进和评价,有效提升了家属的肠造口护理技术。研究同时发现,FIC 减少了因操作不规范导致的造口周围皮肤等并发症的发生率,这与 FIC 有效提升了家属的造口操作能力密不可分。与王亚菲等<sup>[15]</sup>研究结果相似。相关研究<sup>[3]</sup>表明,肠造口患者生活质量不容乐观,处于中下水平。本研究采用 COH-QOL-OQ 量表对患者出院时及出院后 1 个月的生活质量进行评价。由表 7 可知,观察组和对照组患者的生活质量都得到了不同程度的提升,且观察组优于对照组(均  $P < 0.05$ )。这与家属为患者提供造口换袋及心理支持密切相关。FIC 强调家属参与的重要性,将家属纳入护理团队,并将专业知识与技能培训前移,提高了家属居家肠造口护理能力,为肠造口患者提供更好的居家照护,进而提高患者生活质量。

#### 4 小结

本研究将通过循证得到的干预方案在临床进行证据应用与评价并证明了干预方案的有效性。但本研究选取样本量少,患者来源比较单一,干预后也未收集长期随访数据;未来可采用多中心、大样本量的长期追踪,进一步验证本方案对成人肠造口患者的长期作用。

#### 【参考文献】

[1] 崔天娇,屈清荣,高娅鑫,等.肠造口患者重返工作适应性现状及其影响因素分析[J].解放军护理杂志,2022,39(3):5-8.

[2] 李兰,卢玲玲.协同护理模式对结肠造口患者自护能力及生活质量的影响[J].国际护理学杂志,2021,40(8):1503-1506.

[3] 胡志琴,马新莉.永久性肠造口术患者出院准备度与出院指导质量、社会支持的相关性研究[J].解放军护理杂志,2019,36(5):33-37.

[4] VAN LOON Y T,CLERMONT S H E M,BELT R,et al.Implementation of an easy in-hospital educational stoma pathway results in decrease of home nursing care services after discharge[J].Colorectal Dis,2020,22(9):1175-1183.

[5] MINIOTTI M,BASSINO S,FANCHINI L,et al.Supportive care needs, quality of life and psychological morbidity of advanced colorectal cancer patients[J].Eur J Oncol Nurs,2019(43):101668.

[6] KUO D Z,HOUTROW A J,Arango P,et al.Family-centered care:current applications and future directions in pediatric health care[J].Matern Child Health J,2012,16(2):297-305.

[7] 吴明隆.SPSS 统计应用实务[M].北京:中国铁道出版社,2001:4-5.

[8] PATEL N,BALLANTYNE A,BOWKER G,et al.Family integrated care:changing the culture in the neonatal unit[J].Arch Dis Child,2018,103(5):415-419.

[9] BROWN S M,ROZENBLUM R,ABOUMATAR H,et al.Defining Patient and family engagement in the intensive care unit[J].Am J Resp Crit Care,2015,191(3):358-360.

[10] 吴燕.造口治疗师对肠造口患者护理干预的效果评价[D].上海:复旦大学,2009.

[11] 韦秀丽.DET/AIM 在肠造口术后周围皮肤护理中的应用[J].护士进修杂志,2015,30(15):1386-1388.

[12] 皋文君,袁长蓉.中文版造口患者适应量表的信效度测评[J].中华护理杂志,2011,46(8):811-813.

[13] 辜甜田,张咏梅,郑喜兰,等.家庭参与式护理在提高老年肠造口患者家属照顾能力中的应用研究[J].中国医药导报,2019,16(34):165-168,172.

[14] REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO(RNAO). Supporting adults who anticipate or live with an ostomy, second edition[EB/OL].[2020-11-30].<https://rnao.ca/bpg/guidelines/>.

[15] 王亚菲,高振清,张楠,等.肠造口患儿家庭主要照顾者照护能力测评量表的编制及信效度检验[J].解放军护理杂志,2020,37(8):5-9.

(本文编辑:沈园园)

(上接第 56 页)

[12] 石海宁,陈玲,周丽静,等.积极应对方式在乳腺癌术后患者自我效能感与恐动症间的中介效应[J].军事护理,2023,40(3):59-62.

[13] 温忠麟,叶宝娟.中介效应分析:方法和模型发展[J].心理科学进展,2014,22(5):731-745.

[14] 张雅琳,章赛春,张琳,等.儿科护士共情能力现状调查及其影响因素的研究[J].中国医药导报,2020,17(3):61-64.

[15] KUO J C,CHENG J F,CHEN Y L,et al.An exploration of empathy and correlates among Taiwanese nurses[J].Jpn J Nurs Sci,2012,9(2):169-176.

[16] 张凌芳,王晶花,李拴荣,等.临床场景再现融入人文元素在精神科低年资护士培训中的应用[J].中华护理教育,2022,19(5):

431-436.

[17] 胡新宇,刘秀红,邢彩霞,等.巴林特小组活动提升护士人文关怀能力的效果研究[J].中华护理教育,2021,18(3):240-243.

[18] 邓欣雨,陈谢平.基层民警的职业使命感与工作倦怠的关系:心理脱离的调节作用[J].中国健康心理学杂志,2019,27(9):1394-1399.

[19] 张国文,李惠萍,宋瑰琦,等.心理脱离在急诊科护士情绪劳动与工作投入间的中介效应[J].现代临床护理,2020,19(1):13-17.

[20] SONNENTAG S,FRITZ C.Recovery from job stress:The stressor-detachment model as an integrative framework[J].J Organ Behav,2015,36(S1):S72-S103.

(本文编辑:沈园园)