

腹腔镜结直肠癌手术患者出院准备服务干预方案的制订与实施

潘兰¹, 刘东英², 张振香¹, 陈远远³, 赵明月³

摘要:目的 制订腹腔镜结直肠癌手术患者出院准备服务干预方案并探讨其临床应用效果。方法 在文献回顾及现状调查的基础上,结合个人与家庭自我管理理论和过渡期理论构建干预方案。采用整群抽样选取腹腔镜结直肠癌手术患者,按科室分对照组 56 例与研究组 60 例。对照组接受普外科围手术期护理及常规出院指导,研究组在此基础上,采用自行制订的出院准备服务干预方案进行干预。结果 两组出院前出院准备度得分、出院指导质量得分、术后 4 周并发症级别及非计划性再入院率比较,差异有统计学意义($P < 0.05$, $P < 0.01$)。结论 腹腔镜结直肠癌手术患者出院准备服务方案的制订和实施可改善护士出院指导质量,提高患者出院准备度水平,降低术后并发症发生率及非计划性再入院率。

关键词: 结直肠癌; 腹腔镜手术; 出院准备服务; 再入院; 并发症; 出院指导

中图分类号: R473.73 **文献标识码:** A **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2020.14.001

Construction and application of an intervention program for discharge preparation services for colorectal cancer patients treated with laparoscopic surgery Pan Lan, Liu Dongying, Zhang Zhenxiang, Chen Yuanyuan, Zhao Mingyue. The Nursing and Health College of Zhengzhou University, Zhengzhou 450001, China

Abstract: **Objective** To construct an intervention program for discharge preparation services (DPS) for colorectal cancer patients undergoing laparoscopic surgery and to explore the effects of the intervention program. **Methods** An DPS intervention program was made based on literature review, survey study, and Individual and Family Self-management Theory, and Transitions Theory. Cluster sampling method was used to recruit colorectal cancer patients undergoing laparoscopic surgery, and the patients were divided based on the unit they were admitted into a control group ($n=56$), who received perioperative care and routine discharge teaching, and an intervention group ($n=60$), who additionally received DPS in pursuant to the DPS intervention program. **Results** There were significant differences in total score of readiness for hospital discharge, total score of the quality of discharge teaching, the severity degree of complications and unplanned readmission rate at 4 weeks after surgery between the two groups ($P < 0.05$, $P < 0.01$). **Conclusion** The DPS program can improve the quality of discharge teaching by nurses and patients' readiness for hospital discharge, and reduce complication rate and unplanned readmission rate.

Key words: colorectal cancer; laparoscopic surgery; discharge preparation services; readmission; complication; discharge teaching

近年来,结直肠癌(Colorectal Cancer, CRC)的发病率及病死率呈持续上升趋势^[1]。结直肠癌术后患者达到康复指征,就会被鼓励出院^[2]。由于院内康复和专业化照护时间短、院外照护需求和负担的相对增加及出院指导质量的参差不齐,目前我国结直肠癌患者的出院准备度仅处于中等水平^[3]。对于未充分做好出院准备的患者而言,其在返家后出现院外综合征(Post-hospital Syndrome)的风险更高^[4],产生不良健康结局的可能性更大^[5]。出院准备服务(Discharge Preparation Services, DPS)又称出院计划(Discharge Planning, DP),是由多学科小组实施、患者及其照护者配合,促使患者顺利地由医院转介到其他机构的过程^[6]。研究已证实,出院准备服务的科学制订及成功实施有助于提升手术患者出院质量、改善出院结局^[7]。目前,出院准备服务在我国仍处于实践研究的起步阶段。本研究拟构建腹腔镜结直肠癌手术患者出院准备服务干预方案,并初步评价其应用效果,为提升患者出院质量、改善其治疗结局提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究通过郑州大学护理与健康学院生命科学伦理委员会审核批准。选取 2019 年 3~6 月河南省肿瘤医院普外科符合标准的结直肠癌患者为研究对象。纳入标准:①确诊为结直肠腺癌,明确无实质脏器远处转移,未并存其他肿瘤;②年龄 18~75 岁;③择期行腹腔镜结直肠根治性手术;④知情同意自愿参加本研究。排除标准:①并存严重器质性疾病;②手术不耐受伴严重并发症或死亡;③语言障碍、认知障碍或精神障碍。通过抛硬币法,将符合标准的患者以科室为单位分为研究组(66 例)与对照组(60 例)。最终研究组脱落 6 例(3 例未能接受全部干预,3 例失访);对照组脱落 4 例(均为失联未完成随访)。两组一般资料比较,见表 1。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 于患者入院后 48 h,发放结直肠手术康复指导手册,指导患者签署知情同意书。围手术期间,由责任护士结合康复手册对患者及其照顾者进行术前准备及术后康复相关护理与指导。于出院前 4 h,由责任护士结合康复手册居家康复部分对患者出院后疼痛、伤口、饮食、运动、用药管理、自我监测、随访计划等内容进行具体指导宣教;建立结直

作者单位:1. 郑州大学护理与健康学院(河南 郑州, 450001);2. 河南省肿瘤医院院工会;3. 河南大学护理与健康学院
潘兰:女,研究生在读,护师, girlea@qq.com
收稿:2020-02-09;修回:2020-04-14

肠手术患者院外随访微信群,对患者院外康复状况进行随访与沟通。患者出院后随访频率及方式同研究组。

表 1 两组一般资料比较

项目	对照组 (n=56)	研究组 (n=60)	统计量	P
性别[例(%)]			$\chi^2=0.001$	0.969
男	25(44.6)	27(45.0)		
女	31(55.4)	33(55.0)		
年龄(岁, $\bar{x}\pm s$)	59.20 $\pm$ 6.63	61.30 $\pm$ 7.58	$t=1.586$	0.115
BMI($\bar{x}\pm s$)	23.45 $\pm$ 3.73	24.37 $\pm$ 3.46	$t=1.384$	0.169
文化程度[例(%)]			$Z=-0.089$	0.929
小学以下	26(46.4)	28(46.7)		
初中	15(26.8)	16(26.7)		
高中或中专	8(14.3)	10(16.7)		
大专以上	7(12.5)	6(10.0)		
主要照顾者[例(%)]			$\chi^2=1.807$	0.613
父母	3(5.4)	5(8.3)		
配偶	35(62.5)	31(51.7)		
子女	12(21.4)	18(30.0)		
其他	6(10.7)	6(10.0)		
疾病类型[例(%)]			$\chi^2=1.153$	0.283
结肠	27(48.2)	23(38.3)		
直肠	29(51.8)	37(61.7)		
因该病住院次数[例(%)]			$\chi^2=0.174$	0.677
<3次	47(83.9)	52(86.7)		
≥3次	9(16.1)	8(13.3)		
ASA 评级[例(%)]			$Z=-1.147$	0.252
I	33(58.9)	41(68.3)		
II	15(26.8)	14(23.3)		
III	8(14.3)	5(8.3)		
Charlson 合并症指数 ^[8] [例(%)]			$\chi^2=0.016$	0.900
<3分	50(89.3)	54(90.0)		
≥3分	6(10.7)	6(10.0)		

1.2.2 研究组

1.2.2.1 成立出院准备服务干预小组 出院准备服务干预小组由主管医生 4 名、护士长 2 名、责任护士 4 名、营养师 1 名、伤口造口师 1 名、心理咨询师 1 名及在读研究生 3 名组成。组长由科室护士长担任,主要负责干预实施的整体协调与质量把控;主管医生、营养师、伤口造口师、心理咨询师等主要协助干预方案中关于患者治疗、营养、伤口及心理等专业化康复内容的具体制定和后期咨询;责任护士为干预的主要实施者,经过统一培训后,按照拟定的出院准备服务干预方案对患者进行干预;在读研究生则负责干预前期准备工作(查阅文献、现状调查、制订出院准备服务干预方案初稿、专家咨询及预实验)、干预实施者系统培训、出院准备服务干预实施、院外随访及数据收集和整理等工作。

1.2.2.2 制订干预方案 结合文献回顾结果,研究小组形成了出院准备服务干预工具包,包括出院准备计划单、并发症警示卡、出院带药计划卡等一系列实施工具,最终制订干预方案,见样表 1。

1.2.2.3 实施干预方案 出院准备服务的正式干预按照评估、计划、实施与评价的标准流程进行。于患者入院后 48 h 举行出院准备服务宣讲会,发放结肠手术康复指导手册,指导患者签署知情同意书。通过自设的一般资料调查问卷收集患者基本信息,应用结肠直肠癌患者特异性支持照护需求量表(Specific

Supportive Care Needs Scale-Colorectal Cancer, SSC-NS-CR)^[9]评估患者此刻及预期照护需要。根据评估情况,对拟定的出院准备服务干预方案进行调整,如干预主题权重、时间点等,并与患者及其照顾者共同制订出院准备计划单。于患者手术当天开始出院准备服务主题内容实施,主要实施者负责主题内容的落实,辅助实施者则负责配合与记录;团体干预时,以同干预周期、干预当天所有研究对象及其照护者组成团体成员。于患者出院前 4 h 进行出院前效果评价,同时应用 SSCNS-CR 再次评估患者出院需求,根据再次需求评估情况,随时对患者院外康复状况进行随访与指导。

1.3 评价方法 ①出院准备度。采用 Zhao 等^[10]汉化版出院准备度量表(Readiness for Hospital Discharge Scale, RHDS)进行评估,该量表包含 22 个条目,分属个人状态(7 个条目)、知识与适应能力(11 个条目)和预期性支持(4 个条目)3 个维度,采用 0~10 分评分,“0”分代表“一点也不”或“完全没有”,“10”分代表“完全知道”或“相当好”,其中个人状态维度中疼痛/不适及心理压力这 2 个条目采用反向计分,其他均采用正向计分,各条目得分相加即为量表总分,总分 0~220 分,得分越高表明患者出院准备度越好。该量表的内容效度指数为 0.97,量表总 Cronbach's α 系数为 0.97,具有良好心理测量特性。量表资料由在读研究生于术前 24 h、出院前 4 h 进行收集。②出院指导质量。采用王冰花等^[11]汉化版出院指导质量量表(Quality of Discharge Teaching Scale, QDTS)进行测量,量表包含 3 个维度,分别为患者出院前所需内容(6 个条目)、获得内容(6 个条目)、指导技巧及效果(12 个条目)。采用 0~10 分计分,前 2 个维度的 12 个条目形成配对的 6 组条目,通过比对实际获得内容得分与相应需要内容得分之间差异,了解出院指导内容是否满足患者需求。总量表通过计算“获得内容”和“指导技巧及效果”维度中 18 个条目的总分来衡量出院指导质量,总分 0~180 分,得分越高,出院指导质量越好。总量表内容效度为 0.98, Cronbach's α 系数为 0.92,各维度 Cronbach's α 系数为 0.88~0.95。量表资料由在读研究生于术前 24 h、出院前 4 h 进行收集。③出院准备时间。采用结直肠术后出院标准国际共识^[12]进行测量,主要考察患者经口摄入耐受性(进食固态食物后无不适、无需静脉补液)、胃肠功能恢复情况(首次排气)、药物镇痛情况(疼痛评分<4 分)、活动及自我照顾能力情况(自行站立、行走及具备日常生活能力)、医疗相关问题(体温、生命体征、血红蛋白、膀胱功能正常),其中 5 个临床指标都达标所用天数即为出院准备时间(Time to Readiness for Discharge, TRD)。由责任护士及在读研究生于手术当天开始,收集术后每天各临床指标达标情况。④并发症级别及非计划性再入院率。根据胃肠外科术后常见并发症及 Clavien-Dindo 分级标准(I 级:任何偏离正常的术后恢复过程,没有生命危险,不需药物、介入治疗,但需对症处理。II 级:需药物治疗,包括输血和全肠外营养。III 级:需手术、内镜、影像学介入治疗。IV 级:威胁生命、且需 ICU 管理。V

级;并发症死亡)^[8],由在读研究生通过门诊(返院复查或化疗)或电话随访收集及记录患者术后 4 周内并

样表 1 腹腔镜结直肠癌手术患者出院准备服务干预方案

干预时间/主题	干预形式	干预地点	干预人员	干预内容	干预工具	干预目标
手术当天: 牵手时刻 你我同行	一对一探访	病房	责任护士(主) 在读研究生(辅)	①患者返回病房,做好接手术护理及术后指导,了解患者生命体征、伤口、管道等状态;②待患者意识完全清醒,再次访视患者,了解患者疼痛程度等,签署出院准备服务协议	出院准备计划单	☐ 了解术后病情 ☐ 建立信任关系 ☐ 签订计划协议
术后第 1 天: 自我照护 你也能行	一对一宣教	病房	责任护士(主) 在读研究生(辅)	①早查房时协助患者床上床边坐立,指导患者咳嗽咳痰、床上漱口、洗脸等日常自我护理活动;②午巡视时协助患者离床活动,以床旁坐立或站立为主,协助患者转移到床旁椅上,行简单日常活动,如聊天、玩手机、阅读等;③指导患者返家后可进行的基础日常生活,如洗漱、进食、行走、如厕等	结直肠术后 康复手册	☐ 增强自护意识 ☐ 解除自护顾虑 ☐ 提升自护知识
术后第 2 天: 朝夕与共 雨过天晴	团体互动	阳光房	在读研究生(主) 心理咨询师(辅)	关爱分享会:①患者想照护者做的一件小事(由患者自诉,5~10 min);②照护者为患者做的一件小事(由照护者落实,10 min);③小游戏,如情绪棋盘(通过掷骰子,途经 49 个代表不同情绪的小格子,做出相应反应或动作,20~30 min)	剃须刀、梳子等 情绪棋盘、骰子	☐ 调动照护积极性 ☐ 增进情感支持 ☐ 加强心理疏导
术后第 3 天: 饮食运动 循序渐进	个体团体 联合	病房 阳光房	在读研究生(主) 营养师(辅)	①病房访视,发放运动、饮食单;②进行术后早期运动及返家康复锻炼主题宣讲(10 min);③进行术后饮食过渡及返家饮食管理主题宣讲(10 min);④互动讨论(有关术后运动、饮食仍存的疑惑,5~10 min)	早期运动计 划单 饮食处方单	☐ 掌握饮食管理 ☐ 掌握康复活动
术后第 4 天: 病情观察 切莫粗心	团体互动	阳光房	主管医生	①术后伤口及并发症的处理与观察主题宣讲(10min);②实操演练伤口的护理(10 min);③结合并发症警示卡讲解不同并发症处理原则(10~15 min)	伤口模具 并发症警示 卡	☐ 识别正常或异常 伤口状态 ☐ 识别术后常见并 发症
术后第 5 天: 用药随访 安全规律	团体个体 联合	阳光房 病房	在读研究生	①院外用药管理及随访计划主题宣讲(10 min);②讲解出院带药计划卡及院外随访计划卡的使用方法(10 min);③病房访视,发放带药、随访卡	出院带药计 划卡 院外随访计 划卡	☐ 学会出院带药自 我管理 ☐ 了解后续治疗 ☐ 制订随访计划
术后第 6 天: 造口自护 技能提升	一对一实操	病房	责任护士(主) 在读研究者(辅)	①结合造口袋更换流程讲解更换过程(5 min);②责任护士协助照顾者进行造口袋更换实操(5~10 min);③指导造口护理注意事项及并发症观察(5~10 min)	肠造口护理 袋	☐ 掌握造口护理注 意事项 ☐ 掌握造口袋更换 ☐ 学会造口相关并 发症观察
术后第 7 天: 总结反馈 强化巩固	团体互动	阳光房	在读研究生	总结反馈会:①医护指导了什么——患者及照护者学会了什么(10~15 min);②反馈调查(有关已发放干预工具应用或完成程度,主题内容设置合理性及建议等,10~15 min)	出院准备服 务反馈调查 表	☐ 意见反馈 ☐ 完善方案
院外期间: 定期回访 延续关怀	一对一随访	医院	责任护士 主管医生 在读研究生	①建立院外随访微信群;②第 1 次随访(出院后 24 h 内,责任护士,5~15 min);③第 2 次随访(出院后第 1 周,主管医生,5~15 min);④第 3、4、5 次随访(出院后第 2、3、4 周,在读研究生,5~15 min)	手机	☐ 了解适应状态 ☐ 了解康复情况及 返家后遇到问题

1.4 统计学方法 采用 SPSS19.0 软件行 χ^2 检验、秩和检验、 t 检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组出院准备度评分与出院准备时间比较 见

表 2 两组出院准备度评分与出院准备时间比较

组别	例数	术前 24 h 总分 (分, $\bar{x}\pm s$)	出院前 4 h(分, $\bar{x}\pm s$)				出院准备时间 [$d, M(P_{25}, P_{75})$]
			总分	个人状态	知识与适应能力	预期性支持	
对照组	56	93.54 $\pm$ 9.51	155.41 $\pm$ 6.13	47.98 $\pm$ 3.46	77.18 $\pm$ 4.73	30.18 $\pm$ 2.59	7(6,8)
研究组	60	93.62 $\pm$ 8.10	164.82 $\pm$ 7.01	50.52 $\pm$ 3.45	82.90 $\pm$ 4.23	31.40 $\pm$ 3.15	7(6,7)
t/Z		-0.049	-7.671	-3.949	-6.880	-2.536	-0.975
P		0.961	0.000	0.000	0.000	0.013	0.329

2.2 两组出院指导质量总分、各维度得分及组内所需与获得内容维度得分比较 见表 3。

表 3 两组出院指导质量总分、各维度得分及组内所需与获得内容维度得分比较 分, $\bar{x} \pm s$

组别	例数	术前 24 h	出院前 4 h	出院前 4 h	出院前 4 h			
		QDTS 总分	QDTS 总分	指导技巧及效果	所需内容	获得内容	<i>t</i>	<i>P</i>
对照组	56	93.54±9.51	124.14±5.89	82.66±5.84	50.55±2.06	41.48±4.31	15.923	0.000
研究组	60	93.62±8.10	133.08±7.23	86.13±6.45	47.47±2.52	46.35±3.96	1.829	0.073
<i>t</i>		0.379	7.276	3.557	2.536	6.342		
<i>P</i>		0.705	0.000	0.001	0.013	0.000		

2.3 两组并发症级别及非计划性再入院发生率比较
术后 4 周内,研究组发生Ⅰ级并发症切口感染 3 例,Ⅱ级腹腔积液 3 例、肺部感染 2 例、肠梗阻 1 例;对照组发生Ⅰ级并发症切口感染 3 例、尿潴留 3 例,Ⅱ级腹腔积液 4 例、肺部感染 2 例、肠梗阻 2 例,Ⅲ级吻合口出血 2 例、吻合口瘘 1 例。两组并发症级别比较,差异有统计学意义($Z=-2.013, P=0.044$)。研究组因肠梗阻而非计划性再入院 1 例(1.7%),对照组因腹腔积液、吻合口出血、吻合口瘘及肠梗阻而非计划性再入院 8 例(14.3%)。两组比较,差异有统计学意义($\chi^2=4.802, P=0.028$)。

3 讨论

3.1 出院准备服务干预可提高出院准备度水平 本研究中,研究组患者干预后出院准备度总分及各维度得分较对照组显著提高($P<0.05, P<0.01$),说明出院准备服务干预可提高腹腔镜结直肠癌手术患者出院准备度水平,与 Knier 等^[13]的研究结果相一致。Nowak 等^[14]认为,适宜的出院准备服务,可抵消早期出院带给患者的不确定感及未满足的信息需求。从入院即开始的出院准备服务干预,在一定程度上“延长”了患者及其照顾者准备出院的时间,也增强了其提前准备出院的意识。美国医疗研究与质量局提出的 IDEAL 出院计划,强调了出院准备过程中患者及其照护者充分参与的重要性,也确定了以患者为中心的护理核心为尊重、信息共享、参与及协作^[15]。本研究中,研究组患者及其照顾者共同参与制订出院准备计划单,提升了干预过程互动积极性;患者入院 48 h 后,即对其特异性支持照护需求进行评估,针对性制订的出院准备干预主题,充分满足其在个人状态、知识与适应能力及预期性支持全方面的需求,增强了患者的出院自信心,减轻了照护者照护压力及心理负担,从而使其在对回归家庭、回归社会能力进行感知评价时,认为已做好出院准备,顺利完成了由医院到家庭的过渡。

3.2 出院准备服务干预可改善出院指导质量 出院指导作为出院准备服务干预中必不可少的部分,其指导质量对于术后患者提高自理能力、满足照护需求、促进机体康复至关重要^[16]。本研究基于理论指导、文献回顾及现况调查等制订出院准备服务干预方案。个人与家庭自我管理理论(Individual and Family Self-management Theory, IFSMT)提出自我管理是一种包涵情境、过程、结局三维度的复杂动态现象^[17]。过渡期理论(The Transitions Theory)认为患者出院是一种过渡事件^[18]。结直肠手术患者自身紊乱性、复杂性、脆弱性的特定患病状态和特征及早期出院的特定环境构成了患者自我康复管理中的特定情境及过

渡性质;情境中的相关风险和保护因素会影响个人与家庭参与自我管理的过程,同时会直接影响近期或远期结局。因此通过对患者特定状态进行评估和识别,可影响患者及其照顾者参与出院准备的过程和出院准备结局。准备出院的过程既是以患者为中心自我管理的过程,也是护理治疗实践的过程,通过护理实践对自我管理的过程进行干预,会促进积极结果的产生。因此,在制订出院准备服务干预主题时,其侧重点在于患者自我管理过程中知识与信念、自我调节、社会促进等方面。研究组干预后 QDTS 量表总分及各维度得分显著高于对照组($P<0.05, P<0.01$),且研究组干预后所需内容与获得内容维度得分差异无统计学意义($P>0.05$),表明出院准备服务干预可满足腹腔镜结直肠癌手术患者出院指导内容需求,对于改善患者出院指导质量具有显著效果。与 Horstman 等^[19]的研究结果相一致,验证了 RED(Re-Engineered Discharge)出院工具包联合并发症警示卡对于提升出院指导质量的有效性。采用更易理解的语言和接受的方式,有利于信息的呈现和传递;同时,患者更愿接受个性化定制指导。本研究在干预过程中,注重多样化宣教工具的应用,有效增加了出院宣教的趣味性及生动性;实施者对于宣教技巧的把控、与患者共享决策的宣教方式及个性化、针对性的宣教主题,增强了患者及其照护者对于宣教内容与信息的理解与吸收^[20],从而使其全面获取了术后康复及健康指导内容,有效掌握了出院后疾病管理技能,最终显著提升了宣教质量。

3.3 出院准备服务干预可降低并发症发生率及非计划性再入院率 研究显示,结直肠癌患者术后 30 d 内并发症的发生率为 20%~60%,非计划性再入院率可达 11%,而通过加强术后健康管理及随访,50%的并发症及非计划性再入院是可避免的^[21-22]。多项荟萃分析表明,有计划的出院准备和护理过渡可降低患者非计划性再入院率^[23-24]。本研究两组术后 4 周并发症级别及非计划性再入院率差异有统计学意义(均 $P<0.05$),表明出院准备服务干预可预防结直肠癌手术患者术后并发症及非计划性再入院的发生。术后并发症警示卡的应用,促进了患者及其照顾者及时识别、正确处理返家后可能出现的潜在并发症;出院后“按需”给予的延续性随访,确保了患者在医疗环境转换后持续的照护指导及沟通,对患者出院后适应状态、术后康复情况及返家后遇到的问题进行充分了解,同时及时给予对症指导,从而改善了出院结局,与陈翠萍等^[25]的报道类似。

4 小结

本研究以患者需求为导向、以促进患者安全为目

标、以提高护理质量为出发点,构建腹腔镜结直肠癌手术患者出院准备服务干预方案,形成出院准备服务干预工具包。针对性的宣教主题、多样化的宣教工具及共享决策的宣教方式,提高了腹腔镜结直肠癌手术患者的出院准备度,改善了出院指导质量,降低了术后并发症及非计划性再入院。但由于样本量及干预人群的局限性,针对手术患者的出院准备服务方案还有待进一步完善及检验;未来可将照护者相关的评价指标纳入效果评价,探索出院准备服务对照护者可能产生的影响;此外,开发和建立依托于智慧医疗系统的出院准备相关程序或路径,也应深入探讨。

参考文献:

- [1] Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA Cancer J Clin, 2018, 68(6): 394-424.
- [2] 刘庆,王清亮,胡耀斌,等.新医改条件下缩短平均住院日的综合效益分析[J].中国卫生事业管理, 2017, 34(6): 423-424.
- [3] 杨婕,贺育华,蒋理立,等.加速康复外科模式下结直肠癌患者出院准备度现状及影响因素分析[J].中国护理管理, 2018, 18(12): 41-45.
- [4] Nina O, Arild N, Bruun W T, et al. Post-discharge complications in frail older patients after surgery for colorectal cancer[J]. Eur J Surg Oncol, 2018, 44(10): 1542-1547.
- [5] Wallace A S, Perkhounkova Y, Bohr N L, et al. Readiness for hospital discharge, health literacy, and social living status[J]. Clin Nurs Res, 2016, 25(5): 494-511.
- [6] NHS Wales, National Leadership & Innovation Agency For Healthcare. Patients & carers-discharge from hospital[EB/OL]. (2007-06-12) [2019-10-06]. <http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/829/document/116821/>.
- [7] Jones C E, Hollis R H, Wahl T S, et al. Transitional care interventions and hospital readmissions in surgical populations: a systematic review[J]. Am J Surg, 2016, 212(2): 327-333.
- [8] 陈秋贤,蔡丽生,方顺勇,等.腹腔镜胃癌根治性全胃切除术后外科并发症的 Clavien-Dindo 分级及危险因素分析[J].中国微创外科杂志, 2017, 17(2): 120-125.
- [9] 胡月.食管癌、结直肠癌患者特异性支持照护需求量表的编制与心理测量学属性检测[D].合肥:安徽医科大学, 2017.
- [10] Zhao H, Feng X, Yu R, et al. Validation of the Chinese version of the Readiness for Hospital Discharge Scale on patients who have undergone laryngectomy[J]. J Nurs Res, 2016, 24(4): 321-328.
- [11] 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): 753-756.
- [12] Fiore J F, Bialocerkowski A, Browning L, et al. Criteria to determine readiness for hospital discharge following colorectal surgery: an international consensus using the Delphi technique[J]. Dis Colon Rectum, 2012, 55(4): 416-423.

- [13] Knier S, Stichler J F, Ferber L, et al. Patients' perceptions of the quality of discharge teaching and readiness for discharge[J]. Rehabil Nurs, 2015, 40(1): 30-39.
- [14] Nowak M, Lee S, Karbach U, et al. Short length of stay and the discharge process: preparing breast cancer patients appropriately[J]. Patient Educ Couns, 2019, 10(12): 6359-6366.
- [15] Agency for Healthcare Research and Quality. Guide to patient and family engagement in hospital quality and safety: strategy 4: care transitions for hospital to home: IDEAL discharge planning implementation Handbook [EB/OL]. (2019-12-02) [2020-02-16]. https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/systems/hospital/engagingfamilies/strategy4/Strat4_Implementation_Hndbook_508_v2.pdf.
- [16] Polster D. Preventing readmissions with discharge education[J]. Nurs Manage, 2015, 46(10): 30-37.
- [17] Ryan P, Sawin K J. The individual and family self-management theory: background and perspectives on context, process, and outcomes[J]. Nurs Outlook, 2009, 57(4): 217-225.
- [18] Meleis A I. Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice[M]. New York: Springer, 2010: 226-231.
- [19] Horstman M J, Mills W L, Herman L I, et al. Patient experience with discharge instructions in postdischarge recovery: a qualitative study[J]. BMJ Open, 2017, 7(2): 1-8.
- [20] Sepucha K, Atlas S J, Chang Y, et al. Patient decision aids improve decision quality and patient experience and reduce surgical rates in routine orthopaedic care: a prospective cohort study[J]. J Bone Joint Surg Am, 2017, 99(15): 1253-1260.
- [21] Nina O, Arild N, Bruun W T, et al. Post-discharge complications in frail older patients after surgery for colorectal cancer[J]. Eur J Surg Oncol, 2018, 44(10): 1542-1547.
- [22] Hyde L Z, Al-Mazrou A M, Kuritzkes B A, et al. Readmissions after colorectal surgery: not all are equal[J]. Int J Colorectal Dis, 2018, 33(12): 1667-1674.
- [23] Wadhera R K, Maddox K E J, Kazi D S, et al. Hospital revisits within 30 days after discharge for medical conditions targeted by the Hospital Readmissions Reduction Program in the United States: national retrospective analysis[J]. BMJ, 2019, 12(8): 366-373.
- [24] Coffey A, Leahy-Warren P, Savage E, et al. Interventions to promote early discharge and avoid inappropriate hospital (Re) admission: a systematic review[J]. Int J Environ Res Public Health, 2019, 16(14): 2457-2473.
- [25] 陈翠萍,凌莉,刘洁珍,等.老年患者全髋关节置换术出院计划的制定与实施[J].护理学杂志, 2018, 33(4): 7-10.

(本文编辑 钱媛)