

• 老年护理 •
• 论 著 •

出院准备计划方案在老年肠造口患者中的应用研究

熊丹莉¹, 潘路晨², 杨赛¹, 马培芳¹, 曾舒倩¹, 汪丽萍¹, 鲁莹², 颜巧元³

摘要:目的 探讨出院准备计划用于老年肠造口患者的效果,为临床护理提供参考。方法 将170例老年肠造口患者根据整群随机法分为两组各85例,对照组实施常规护理,干预组制定和实施出院准备计划方案。结果 对照组75例和干预组77例完成全程研究。干预组出院准备度得分显著高于对照组;3个月随访期内造口门诊就诊率、非计划入院率及造口周围潮湿相关性皮肤损伤发生率显著低于对照组,自护能力得分及护理依赖得分显著高于对照组(均 $P<0.05$)。结论 出院准备计划方案的实施可提高老年肠造口患者出院准备度,增强自护能力,减轻护理依赖,从而一定程度上减少造口并发症的发生,降低患者非计划再入院率及造口门诊就诊率,节约医疗资源。

关键词: 肠造口; 老年患者; 出院准备计划; 自我照护能力; 护理依赖; 并发症; 非计划入院; 延续护理

中图分类号: R473.6; R161.7 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2023.19.100

Application of discharge planning service in elderly patients with stoma Xiong Danli, Pan Luchen, Yang Sai, Ma Peifang, Zeng Shuqian, Wang Liping, Lu Ying, Yan Qiaoyuan. Department of Gastrointestinal Surgery, Union Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430022, China

Abstract: **Objective** To explore the effect of applying a discharge planning service (DPs) to elderly patients with stoma and to provide references for clinical care. **Methods** A total of 170 patients were divided into 2 groups of 85 cases each per cluster randomization method. The control group received in-hospital routine care, while the intervention group was subjected to DPs. **Results** There were 75 cases in the control group and 77 cases in the intervention group completing the full study. The intervention group had higher readiness for discharge scores, self-care ability scores, and care dependency scores than the control group; the rates of paying stoma clinic visits, unplanned readmissions and peristoma moisture-related skin lesions during the 3-month follow-up period in the intervention group were significantly lower than those in the control group (all $P<0.05$). **Conclusion** Applying DPs to older patients with an intestinal stoma can improve their discharge readiness, enhance self-care, reduce care dependency and to some extent reduce stoma complications. This model reduces the rate of unplanned readmissions and stoma clinic visits of patients, and saves medical resources.

Key words: stoma; elderly patients; discharge planning; self-care ability; care dependence; complication; unplanned hospital admission; transitional care

既往研究显示,老年患者在过渡期内存在较高的护理依赖水平和社会疏离感^[1]。老年肠造口患者作为特殊人群,对护理依赖更为严重,护理需求也更加复杂^[2-3]。基于我国当前医疗卫生现状,外科手术患者平均住院时间缩短,患者通常难以在短期内掌握造口护理知识和技能,加之老年人身体灵活性下降,其健康照护参与度低。此外,社区初级卫生保健普及率低,出院后医疗护理服务信息中断等因素,均在一定程度上影响着患者生理、心理、社会健康。出院准备计划(Discharge Planning Service, DPs)是指在患者

住院期间就为其进行评估和筛查,制定并实施个性化的出院计划,旨在提升患者出院过渡期居家护理能力,改善治疗效果和临床结局^[4]。既往研究关于老年肠造口患者出院准备计划的构建方案中,侧重肠造口患者日常生活、饮食、活动、造口护理指导^[5],但忽略了老年患者本身存在慢性病、护理依赖等问题。我国尚未形成完整、系统的院后延伸护理服务体系和实践方案,迫切需提高患者出院前准备水平。本研究结合临床问题,构建出院准备计划方案,旨在提升老年造口患者自我护理能力,降低患者护理依赖程度,减少并发症和患者因造口因素再入院的发生。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院胃肠外科2020年7月至2021年12月入院的患者为研究对象。纳入标准:①年龄 ≥ 60 岁;②诊断为消化道肿瘤并预计行肠造口术;③无重要脏器功能损伤;④出院后至少能够保证通过1项在线平台与医护人员交流沟通;⑤知情同意,自愿参与本研究。排除标准:①有肢体功能障碍、

作者单位:华中科技大学同济医学院附属协和医院 1. 胃肠外科 3. 护理部(湖北 武汉, 430022); 2. 华中科技大学同济医学院护理学院

熊丹莉:女,本科,主管护师,护士长

通信作者:颜巧元, yanqiaoyuan@163.com

科研项目:中国研究型医院学会护理教育专业委员会科研课题(Y2022FH-HLJY05)

收稿:2023-04-06;修回:2023-06-14

视听障碍、生活无法自理；②癌症晚期。剔除标准：①出院后转移到其他医疗机构；②因个人原因退出。根据研究报道的造口并发症发生率(对照组 27.6%，干预组 6.7%)^[6]，代入样本量计算公式 $n=2P(1-P)(Z_{\alpha}+Z_{\beta})^2/(P_1-P_2)^2$ (其中 $\alpha=0.05, 1-\beta=0.9, P$ 为两组发生率均值)，计算 $n=68$ ，考虑 20% 的脱落

率，计划每组纳入 85 例患者。为避免组间沾染，采用整群随机法将收至胃肠外科二病区的 85 例患者纳入干预组，剔除失访 6 例及拒绝继续参与 2 例，最终纳入 77 例患者；将收至胃肠外科一病区的 85 例患者纳入干预组，剔除失访 7 例及拒绝继续参与 3 例，最终纳入 75 例患者。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, $\bar{x} \pm s$)	BMI (kg/m ² , $\bar{x} \pm s$)	文化程度(例)			
		男	女			小学及以下	初中	高中或中专	大专及以上
对照组	75	37	38	79.35±6.16	22.45±2.95	24	22	19	10
干预组	77	26	51	79.45±7.84	22.74±2.51	21	21	17	18
统计量		$\chi^2=3.794$		$t=0.094$	$t=0.644$			$Z=-1.157$	
P		0.051		0.925	0.521			0.247	

组别	例数	主要照顾者(例)			肿瘤 TNM 分期(例)			造口类型(例)		相关并发症(例)		
		直系亲属	旁系亲属	其他	I 期	II 期	III 期	小肠造口	结肠造口	0 种	1~2 种	≥3 种
对照组	75	31	25	19	28	22	25	41	34	30	18	27
干预组	77	23	29	25	27	26	24	36	41	28	29	20
统计量		$\chi^2=2.274$			$Z=-0.018$			$\chi^2=0.952$		$Z=-0.417$		
P		0.321			0.986			0.329		0.677		

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 行常规护理及健康教育。术前讲解肠造口基础知识，如造口的必要性、术后需佩戴造口袋等。术后每次更换造口袋时，造口伤口专科护士向患者及家属介绍肠造口产品、造口袋更换步骤及注意事项。患者出院当天，造口伤口专科护士评估患者家属造口护理能力，指导患者选择合适造口产品，介绍院外日常活动、饮食、用药等注意事项，讲解肠造口并发症识别要点、处理方法，发放肠造口患者出院健康教育处方，介绍门诊就诊地点、时间，医护人员联系方式。

1.2.2 干预组

1.2.2.1 成立研究小组 科护士长 1 名，负责方案设计 & 领导工作；护理部职员 1 名(为本文通信作者)，负责实验设计、实验过程、论文撰写的指导工作；病房护士长 1 名，负责协调院内外各环节，以保证护理服务的连续性；造口伤口专科护士 5 名，参与前期方案构建，院外随访等工作，对病房内未参与研究小组的工作人员进行培训。

1.2.2.2 制定并实施出院准备计划方案 以“老年，肠造口，护理依赖，出院，生活质量，肠造口并发症，出院准备计划”为中文检索词，检索中国知网、万方数据、中国临床指南库、中国生物医学文献数据库；以“old, senior; ileostomy; nursing dependency; discharge planning service, quality of life, complications of enterostomies, discharge preparation program”为英文检索词，检索 PubMed、Web of Science、Scopus、CINAHL、Cochrane Library 数据库。通过对收集来的文献进行筛选、分析，总结影响老年肠造口患者出院准备度、自护能力、依赖程度以及非计划入院及造口门诊就诊的因素，将针对性措施进行整合，初步形

成老年肠造口患者出院准备计划方案初稿。邀请普外科 8 名副高级及以上职称的医生、护士进行审查与修订。形成入院、围术期、预出院 3 个阶段 25 个条目的专家函询表。邀请 12 名省内外普外科护理专家[分别来自湖北、河南、广东、湖南的 4 所三甲综合医院，年龄 35~42 岁，中位数 38.0(35.5, 40.5)；学历均为本科及以上学历，职称均为主管护师及以上]参与 2 轮函询。2 轮函询回收率均为 100%。专家权威系数为 0.90，协调系数分别为 0.373、0.407(均 $P<0.05$)。根据专家意见修订后，形成入院、围术期、预出院 3 个阶段 21 个条目的完整出院准备计划方案。具体见表 2。造口伤口专科护士依据出院准备计划方案编制肠造口患者各阶段健康教育处方，包括术前一般准备、肠道准备、住院期间肠造口患者健康教育处方、肠造口并发症健康教育处方；编制院外照护指导单，包括用药指导、肠造口护理指导、日常生活指导、功能锻炼指导。经医生、护士长审核，反复修订，最终以图文及音视频等形式提供给患者和家属。由责任护士按照老年肠造口患者院外照护指导单对患者及其家属进行指导，并详细讲解图文及音视频内容，便于患者及其家属出院后按照指导内容进行照护。患者出院后 1、2、3 个月时，造口伤口专科护士对患者进行微信回访，了解患者造口并发症及门诊就诊情况，评估患者护理依赖程度。

1.3 评价方法

1.3.1 老年肠造口患者出院准备度 患者出院时，造口伤口专科护士采用中文版出院准备度量表(Readiness for Hospital Discharge Scale, RHDS)^[9]测量患者出院准备度。该量表为自评量表，可分为自身状况、疾病知识、出院后应对能力和可获得的社会

支持 4 个维度 22 个条目。第 1 个条目为是非题(是否为出院回家做好准备),不计入总分;其余各条目分值 0~10 分,0 分代表“完全没有/完全不知道”,10 分

代表“完全知道/完全可以”,其中条目 3 和条目 6 为反向计分,总分越高代表出院准备度越好^[9]。中文版量表总 Cronbach's α 系数为 0.929。

表 2 老年肠造口患者过渡期出院准备计划方案

阶 段	实施人员	干预内容
入院(入院后 1~2 d)	责任护士及护士长	1. 收集患者基本资料,签署知情同意书,建立良好信任关系 2. 对患者进行深度访谈,了解患者的照护需求、照顾者能力和意愿等
	责任护士及造口伤口专科护士	3. 综合评估患者,包括病情、功能状态、认知能力、心理状态、主要照顾者、家庭支持情况等 4. 筛选有慢性病、营养不良、深静脉血栓形成等潜在非计划再入院风险的患者 5. 确定患者预期出院时间和个性化医疗需求,解答患者困扰 6. 制定并开始实施出院计划,指定 1 名造口伤口专科护士负责计划实施和跟踪
围术期	造口伤口专科护士	1. 术前宣教内容:手术方式及其优越性,术前准备,指导患者认识肠造口 2. 动态评估患者需求,包括基础疾病控制情况及用药需求,必要时多学科合作制定用药方案 3. 使用胃肠功能分级评定表(Gastrointestinal Symptom Rating Scale,GSRS) ^[7] 评估患者胃肠道功能恢复情况及需求 4. 结合患者白蛋白、血红蛋白水平评估患者营养状态,医护人员协作制定营养支持方案 5. 使用 Caprini 量表 ^[8] ,结合 D-二聚体、下肢静脉 B 超检查评估患者深静脉血栓风险及有无出现深静脉血栓,制定相应干预措施,如基础预防和(或)药物治疗 6. 适时评估出院计划的适用性,及时调整出院计划内容 7. 根据患者专科疾病治疗周期、有无吻合口瘘、伤口感染、深静脉血栓等并发症,动态调整预出院日期,及时通知患者和家属 8. 术后每日采用操作示范、多媒体讲解、手把手指导等方式向患者讲解肠造口护理知识和技能,确保患者和家属掌握
		1. 出院前,对患者身体状态进行评估,包括饮食、排便、伤口愈合、基础疾病控制情况,确认患者符合出院标准等 2. 再次向患者进行健康教育,包括造口护理流程、并发症及预防措施、营养支持方案、用药指导、饮食、活动、康复功能锻炼计划等 3. 为患者准备出院材料和物品,包括出院小结、出院后药物及用药指导清单、出院后造口护理用品清单和使用方法、科室联系方式、复诊日期、预约随访日期和随访计划 4. 提前 24 h 告知患者和家属出院日期,向其提供出院手册及院外照护指导单 5. 确认患者出院所需药品、物品,确认是否准备好交通工具,家庭环境是否准备妥当 6. 患者复述出院后造口护理流程、注意事项,常见并发症及预防方法,各类药品服用指导、饮食、活动、康复功能锻炼计划,确保患者掌握上述内容 7. 建立出院后门诊复诊、微信随访机制;微信随访由该患者的出院时的责任护士负责,随访频率为出院后 1、3、6、12 个月
预出院(出院前 3 d 至出院当天)	责任护士及造口伤口专科护士	

1.3.2 老年肠造口患者自我照护能力 采用中文版自我护理能力实施量表(Exercise of Self-care Agency,ESCA)^[10]评价。为自评量表,由 12 个自我照护技能条目、8 个自我责任感条目、9 个自我概念条目和 14 个健康知识水平条目组成。采用 Likert 5 分制评分(0~4 分),总分 0~172 分,分数越高,表明自我护理能力越强。由造口伤口专科护士于患者术后第 1 天测量,出院后 3 个月时通过微信随访的方式测量。

1.3.3 老年肠造口患者护理依赖程度 采用章舒琦等^[11]汉化的护理依赖量表(Care Dependency Scale,CDS)进行测评。包括饮食、排泄、身体体位、活动能力、昼夜节律、穿脱衣物、体温、卫生清洁、避免危险、沟通能力、社交水平、价值观和规则意识、日常活动、娱乐活动、学习能力 15 个条目。各条目采用 Likert 5 级评分法,从“完全依赖”到“完全独立”依次计 1~5 分,总分 15~75 分,得分越低表示依赖程度越高。可分为 5 个等级:总分<25 分表示完全依赖,25~44 分

表示绝大部分依赖,45~59 分表示部分依赖,60~69 分表示大部分独立,>69 分表示几乎独立。中文版 CDS 的 Cronbach's α 为 0.95,评分者间信度及重测信度均在 0.80 以上。由造口伤口专科护士于出院时、出院后 1、2、3 个月测评。

1.3.4 造口相关并发症发生率、造口门诊就诊率和非计划再入院率 住院期间,由造口伤口专科护士收集患者肠造口并发症。出院 3 个月内,通过造口护理中心电子病历系统记录及微信回访,统计造口门诊就诊率、患者造口相关并发症发生情况,住院部电子病历系统统计患者非计划再入院情况。

1.4 统计学方法 采用 SPSS26.0 软件进行 χ^2 检验、Fisher 确切概率法、*t* 检验、秩和检验、重复测量的方差分析,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组出院准备度得分、医疗资源使用情况及并发症发生率 见表 3。

2.2 两组自我护理能力评分比较 见表 4。

表 3 两组出院准备度得分、医疗资源使用情况及并发症发生率

组别	例数	出院准备度 (分, $\bar{x}\pm s$)	造口门诊就诊 [例(%)]	非计划入院 [例(%)]	造口周围潮湿相关性 皮肤损伤[例(%)]	造口旁疝 [例(%)]	造口回缩 [例(%)]
对照组	75	129.87±19.87	12(16.00)	10(13.33)	13(17.33)	3(4.00)	1(1.33)
干预组	77	143.02±21.25	4(5.20)	3(3.90)	5(6.49)	1(1.30)	0(0)
统计量		$t=3.938$	$\chi^2=4.678$	$\chi^2=4.326$	$\chi^2=4.248$	$\chi^2=0.285$	
P		<0.001	0.031	0.038	0.039	0.594	0.493

表 4 两组自我护理能力评分比较				分, $\bar{x}\pm s$
组别	例数	术后第 1 天	出院 3 个月	
对照组	75	97.45±7.93	108.87±10.74	
干预组	77	95.87±10.82	127.10±8.70	
t		1.025	11.513	
P		0.307	<0.001	

2.3 两组不同时间护理依赖得分比较 见表 5。

表 5 两组不同时间护理依赖得分比较						分, $\bar{x}\pm s$
组别	例数	出院时	出院 1 个月	出院 2 个月	出院 3 个月	
对照组	75	45.20±6.01	46.35±5.22	46.43±5.35	46.63±5.17	
干预组	77	46.30±5.56	48.00±5.42	48.94±5.13	49.03±5.19	

注:两组比较, $F_{\text{干预}}=20.323, P<0.001; F_{\text{时间}}=4.631, P=0.003; F_{\text{交互}}=0.561, P=0.635$ 。

3 讨论

3.1 出院准备计划方案的实施可提高老年肠造口患者出院准备度 目前,我国社区护理发展相较欧美国家滞缓,造口患者的家庭医疗服务程度及水平参差不齐。因此,在出院之前做好充分的出院准备显得尤为重要。出院准备度包括生理稳定,即良好的功能状态和居家自我保健能力;充分支持,出院后有足够的支持来应对多种需求;心理能力,具有足够信心应对出院;信息知识,拥有较丰富的知识和技能处理院外常见问题^[12]。研究证明,出院准备度高的患者,能更顺利地实现医院向家庭的过渡,出院后有效应对能力较强,居家康复效果更理想,节约医疗资源,减轻患者及家属负担^[13]。本研究结果显示,干预组患者实施出院准备计划方案后出院准备度得分显著高于对照组($P<0.05$),说明实施出院准备计划方案能有效提升老年肠造口患者出院准备度。分析原因,出院准备计划方案是在广泛查阅文献以及专家函询的基础上制定的,保证了其科学性、全面性,在综合评估患者病情、功能状态、认知能力、心理状态、社会和主要照顾者、家庭支持情况基础上,动态评估患者个体化需求。本研究于患者入院后即实施,给予系统的、连续的专科疾病护理指导,是一个连续的、系统化的闭环流程。干预过程中制定个体化院外照护指导单,提升患者院外康复训练、造口护理、用药等知识掌握程度,使患者明确自己需掌握的出院准备内容,增强了患者院外应对能力。

3.2 出院准备计划方案的实施可提升老年肠造口患者自我照护能力,降低日常照护依赖 本研究中干预组自我护理能力得分、护理依赖得分显著高于对照组(均 $P<0.05$),表明该方案能够在一定程度上提升过渡期老年肠造口患者的自我护理能力,降低护理依赖程度。究其原因,首先通过非计划再入院风险筛查及院外需求调查,为老年肠造口患者设计个性化、易于理解的健康教育处方、操作视频、指导手册及院外照护指导单,贯穿整个住院期,有效提升患者肠造口护理水平。其次,出院后通过线上随访及时了解患者康复情况、适应状态,针对性给予干预措施,保证了健康指导的延续性。再者,患者及家属通过专业护理人员的指导与帮助,提高了总体护理效能,使患者处于良好的生理、心理功能状态,最终改善老年肠造口患者的健康结局^[14]。

3.3 出院准备计划方案的实施可减少老年肠造口患者相关并发症,降低医疗资源使用率 医疗资源使用率可以从侧面反映造口患者居家照护能力,同样是医疗质量关键评价指标之一。Yen 等^[15]前瞻性队列研究显示,经历出院后不良事件的老年人在出院后 1 年内的死亡风险明显升高。本研究干预组造口周围潮湿相关性皮肤损伤发生率、造口门诊就诊率、非计划入院率显著低于对照组(均 $P<0.05$)。由此可见,对老年肠造口患者实施出院准备计划方案,可减少患者造口并发症发生率,降低医疗资源使用率。首先,出院准备计划方案形式多样,除常规口头、书面健康教育外,采用多媒体示范、反复指导等方式,潜移默化地提高了患者提前识别并发症的能力以及出院返家后可能出现的并发症的应对能力。本研究中,两组患者造口旁疝及造口回缩发生率无统计学差异(均 $P>0.05$)。分析原因为肠造口旁疝多由于造口术区筋膜缺损,造口回缩多由于术中牵出造口肠管过短^[16],随着医生手术水平的提高及技术的不断规范,造口旁疝及造口回缩发生率逐步降低^[17];同时,由于本研究样本量有限,未得出研究方案在降低造口旁疝、造口回缩发生率的有效性。

4 结论

本研究显示,出院准备计划能提高老年肠造口患者的出院准备度,提升自护能力,降低护理依赖和造口并发症发生率,从而降低医疗资源使用率。本研究局限性在于观察时间至出院后 3 个月,尚无法证实长

期效果。课题组将进一步对出院后老年造口患者和照顾者的居家支持干预进行延续性研究,探索出院准备服务干预对其居家照顾、生存质量、应对能力等方面的影响。

参考文献:

- [1] 孙超,奚恒,李峥,等.老年患者出院准备服务专家共识(2019版)[J].中华护理杂志,2020,55(2):220-227.
- [2] 于清舒.肠造口患者出院准备度量表的编制及影响因素研究[D].青岛:青岛大学,2020.
- [3] 贺育华,杨婕,蒋理立,等.加速康复外科模式下结直肠癌患者出院准备度与出院指导质量现状调查[J].护理学杂志,2019,34(10):17-19.
- [4] 钟春霞,魏清风,熊燕,等.基于IMB模型的出院准备计划在结直肠癌永久性肠造口患者中的应用[J].护理学杂志,2020,35(11):1-3.
- [5] 陈霞,赵丽霞,王志霞,等.基于达标理论的老年结直肠癌造口患者出院准备计划构建及应用[J].中华护理教育,2022,19(11):1027-1032.
- [6] 王姗,于娟,陈思思.综合性护理干预对直肠癌术后永久性结肠造口患者护理效果及生活质量的研究[J].包头医学院学报,2022,38(3):64-67.
- [7] Kulich K R, Madisch A, Pacini F, et al. Reliability and validity of the Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS) and Quality of Life in Reflux and Dyspepsia (QOLRAD) questionnaire in dyspepsia: a six-country study[J]. Health Qual Life Outcomes, 2008, 6: 12.
- [8] 许玲玲,项俊之,邓侃,等.基于Caprini风险评估量表的分级护理对老年肺癌患者静脉血栓的预防[J].护理学杂志,2021,36(6):31-34.
- [9] 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, 2015, 24(4): 321-328.
- [10] 王月宾,许禄云,杨林顺,等.自我护理能力实施量表中文版在精神分裂症患者中的信效度[J].临床精神医学杂志,2014,24(2):104-106,107.
- [11] 章舒琦,朱月妹,李丽,等.中文版护理依赖量表用于老年患者的信效度分析[J].护理学杂志,2014,29(3):7-9.
- [12] Galvin E C, Wills T, Coffey A. Readiness for hospital discharge: a concept analysis[J]. J Adv Nurs, 2017, 73(11): 2547-2557.
- [13] Weiss M E, Sawin K J, Grahon K, et al. Discharge teaching, readiness for discharge, and postdischarge outcomes in parents of hospitalized children[J]. J Pediatr Nurs, 2017, 34: 58-64.
- [14] Newnham H, Barker A, Ritchie E, et al. Discharge communication practices and healthcare provider and patient preferences, satisfaction and comprehension: a systematic review[J]. Int J Qual Health Care, 2017, 6(29): 752-768.
- [15] Yen H Y, Chi M J, Huang H Y. Effects of discharge planning services and unplanned readmissions on post-hospital mortality in older patients: a time-varying survival analysis[J]. Int J Nurs Stud, 2022, 128: 104175.
- [16] 谭翠莲,熊丹莉,李素云.现代外科健康教育胃肠外科分册[M].武汉:华中科技大学出版社,2017:136-142.
- [17] 张皓宇,王振军,韩加刚.造口旁疝发生的危险因素及预防策略[J].中华胃肠外科杂志,2022,25(11):970-975.

(本文编辑 宋春燕)

(上接第95页)

- [9] Cabaco S R, Caldeira S, Vieira M, et al. Spiritual coping: a focus of new nursing diagnoses[J]. Int J Nurs Knowl, 2018, 29(3): 156-164.
- [10] Berg C A, Upchurch R. A developmental-contextual model of couples coping with chronic illness across the adult life span[J]. Psychol Bull, 2007, 133(6): 920-954.
- [11] 陶元玲,秦岚,何朗朗,等.晚期癌症患者灵性应对策略的质性研究[J].中国社会医学杂志,2021,38(3):289-293.
- [12] Esmaeili R, Hesamzadeh A, Bagheri-Nesami M, et al. Exploring the religious and spiritual coping experience of cases via cancer: a qualitative research[J]. J Med Life, 2015, 8(Spec Iss 3): 222-228.
- [13] Sprik P J, Tata B, Kelly B, et al. Religious/spiritual concerns of patients with brain cancer and their caregivers[J]. Ann Palliat Med, 2021, 10(1): 964-969.
- [14] 何文奇,陈长英.癌症患者灵性应对的研究进展[J].护理学杂志,2020,35(3):110-113.
- [15] Lalani N, Duggleby W, Olson J. Rise above: experiences of spirituality among family caregivers caring for their dying family member in a hospice setting in Pakistan[J]. J Hosp Palliat Nurs, 2019, 21(5): 422-429.
- [16] Gryscek G, Machado D A, Otuyama L J, et al. Spiritual coping and psychological symptoms as the end approaches: a closer look on ambulatory palliative care patients[J]. Psychol Health Med, 2020, 25(4): 426-433.
- [17] 王丽英.意义中心团体心理治疗对晚期癌症患者生命意义感的干预[D].兰州:西北师范大学,2020.
- [18] Retrum J H, Nowels C T, Bekelman D B. Patient and caregiver congruence: the importance of dyads in heart failure care[J]. J Cardiovasc Nurs, 2013, 28(2): 129-136.
- [19] 王沙沙,孟英涛,王炳翔,等.青年癌症患者109例对死亡态度调查分析[J].中华肿瘤防治杂志,2021,28(4):250-256.
- [20] 钱文娜.终末期癌症患者家庭照顾者死亡焦虑现状及其影响因素研究[D].沈阳:中国医科大学,2022.
- [21] 刘小红,谢志洁,张晨晨,等.安心卡引导的尊严照护模式在恶性肿瘤临终患者中的应用[J].护理学杂志,2019,34(19):89-91.
- [22] Martinez Y C, Ellington L, Vadaparampil S T, et al. Concordance of cancer related concerns among advanced cancer patient-spouse caregiver dyads[J]. J Psychosoc Oncol, 2020, 38(2): 143-155.
- [23] Rottmann N, Hansen D G, Larsen P V, et al. Dyadic coping within couples dealing with breast cancer: a longitudinal, population-based study[J]. Health Psychol, 2015, 34(5): 486-495.

(本文编辑 赵梅珍)