

- diovasc Surg, 2017, 32(4): 318-337.
- [20] 胡雁. 循证护理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 77-216.
- [21] 段霞. 基于快速康复理念的术后多学科协作康复运动模式的构建及应用[J]. 中国护理管理, 2018, 18(z1): 14-16.
- [22] 蒺卫东. 加速康复外科多学科团队建设[J]. 中华外科杂志, 2018, 56(1): 14-17.
- [23] 茅茅, 闻伟, 耿灿茹, 等. 老年肺癌患者围手术期肺康复训练对术后肺功能的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2020, 35(7): 825-829.
- [24] 王宇娇, 高岚, 王永红. ICU 机械通气患者早期主动活动最佳证据的应用研究[J]. 中华护理杂志, 2018, 53(11): 1285-1291.
- [25] Anekwe D E, Biswas S, Bussières A, et al. Early rehabilitation reduces the likelihood of developing intensive care unit-acquired weakness: a systematic review and meta-analysis[J]. Physiotherapy, 2020, 107: 1-10.
- [26] Zanini M, Nery R M, De Lima J B, et al. Effects of different rehabilitation protocols in inpatient cardiac rehabilitation after coronary artery bypass graft surgery: a randomized clinical trial[J]. J Cardiopulm Rehabil Prev, 2019, 39(6): E19-E25.
- [27] Song F, Zhan H, Liang Y, et al. Cardiac rehabilitation improved oxygen uptake measured by cardiopulmonary exercise test in patients after aortic valve surgery[J]. Rev Cardiovasc Med, 2019, 20(1): 47-52.
- [28] 王蓉, 栾春红, 宋雅璠, 等. 急性心肌梗死 PCI 术后患者基于 5A 模式的早期心脏康复护理[J]. 护理学杂志, 2021, 36(5): 5-9, 39.
- [29] Hatch R, Young D, Barber V, et al. Anxiety, Depression and post traumatic stress disorder after critical illness: a UK-wide prospective cohort study[J]. Crit Care, 2018, 22(1): 310.
- [30] 杨青, 方芳, 虞敏, 等. 老年心脏外科术后患者早期康复实践[J]. 护理学杂志, 2020, 35(20): 79-82.
- [31] Jeyantham K, Kotecha D, Thanki D, et al. Effects of cognitive behavioural therapy for depression in heart failure patients: a systematic review and meta-analysis[J]. Heart Fail Rev, 2017, 22(6): 731-741.
- [32] Lynggaard V, Nielsen C V, Zwisler A D, et al. The patient education-Learning and Coping Strategies-improves adherence in cardiac rehabilitation (LC-REHAB): a randomised controlled trial[J]. Int J Cardiol, 2017, 236: 65-70.

(本文编辑 丁迎春)

## 前列腺癌根治术后尿失禁康复训练方案的构建

肖亭英<sup>1</sup>, 刘秋越<sup>1</sup>, 汪世秀<sup>1</sup>, 朱世琼<sup>2</sup>, 雷花<sup>3</sup>, 于海燕<sup>2</sup>, 肖静蓉<sup>3</sup>

**Construction of rehabilitation training program for patients with urinary incontinence after radical prostatectomy** Xiao Tingying, Liu Qiuyue, Wang Shixiu, Zhu Shiqiong, Lei Hua, Yu Haiyan, Xiao Jingrong

**摘要:**目的 构建前列腺癌根治术后尿失禁康复训练方案,为科学管理术后尿失禁提供参考。方法 在文献研究、病例回顾分析及小组会议法基础上,通过 Delphi 法确定前列腺癌根治术后尿失禁康复训练方案的具体内容。结果 2 轮专家咨询问卷有效回收率均为 100%,专家权威系数分别为 0.832、0.851,变异系数分别为 0~0.257、0~0.210,肯德尔和谐系数分别为 0.269、0.280(均  $P < 0.01$ )。构建的前列腺癌根治术后尿失禁康复训练方案包括 3 个阶段 43 个条目。结论 本研究构建的前列腺癌根治术后尿失禁康复训练方案具有可靠性及实用性,可为临床开展前列腺癌根治术后尿失禁康复训练提供参考。

**关键词:**前列腺癌; 前列腺癌根治术; 尿失禁; 康复训练方案; Delphi 法

**中图分类号:**R473.6 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2021.23.089

前列腺癌根治术是目前国内外公认的局限性前列腺癌的一线治疗方案<sup>[1]</sup>,然而尿失禁仍是术后最常见的并发症,发生率可达 2%~87%,对患者的生活质量有巨大影响,甚至降低了患者进一步的治疗意愿<sup>[2-3]</sup>。据研究报道,有效的康复训练(盆底肌训练、膀胱训练等)可促进前列腺癌根治术后尿失禁的恢复,改善患者生活质量<sup>[4]</sup>,但术后尿失禁的恢复同时受到训练方法的正确性、患者病情、患者训练依从性

等多方面因素的影响<sup>[5-6]</sup>,仅关注康复训练方式对于前列腺癌根治术后尿失禁恢复的有效性是不够的,覆盖院内评估、干预、评价及院外持续随访等各个方面较为完善的康复训练方案尤为重要。目前,研究多聚焦于某种康复训练方式对于已发生前列腺癌根治术后尿失禁的效果分析<sup>[7-8]</sup>,针对前列腺癌根治术后尿失禁患者入院-出院-居家全过程的康复训练方案尚缺乏。因此,本研究构建前列腺癌根治术后尿失禁康复训练方案,以期为实施康复训练改善前列腺癌根治术后尿失禁提供参考。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本组函询专家来自于四川、江苏、江西、湖北、吉林、广东 6 省三级甲等医院,均为本科以上学历,中级以上职称;从事相关领域工作年限 ≥ 10

作者单位:1. 川北医学院护理学院(四川 南充,637000);四川省人民医院

2. 康复科 3. 护理部

肖亭英:女,硕士在读,护师

通信作者:肖静蓉,1004691963@qq.com

科研项目:四川省卫生健康委员会科研课题项目(19PJ122)

收稿:2021-08-03;修回:2021-09-18

年(博士学历可为5年以上);能保证完成至少2轮专家咨询。18人中,男3人,女15人;年龄:30~40岁5人,41~50岁10人,>50岁3人。工作年限:≤10年2人,11~年3人,21~年8人,≥31年5人。学历:博士2人,硕士2人,本科14人。职称:正高级3人,副高级13人,中级2人。研究领域:泌尿外科医学3人,泌尿外科护理6人,伤口造口尿失禁护理5人,康复护理4人。另成立研究小组,小组成员包含硕士生导师1人,泌尿外科护士长2人,护理硕士研究生3人,主要负责文献查阅、拟定函询问卷、遴选函询专家、问卷的发放与回收、专家意见的整理和分析等。

## 1.2 方法

### 1.2.1 初步构建康复训练方案

①以前列腺癌根治术、尿失禁、康复为关键词,检索国内外权威指南网站,查阅指南涉及到有关尿失禁康复训练的内容。采用radical prostatectomy, laparoscopic radical prostatectomy, robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy; urinary incontinence, rehabilitation training和前列腺癌根治术、腹腔镜下前列腺癌根治术、机器人辅助腹腔镜下前列腺癌根治术,尿失禁、康复训练等为检索词,检索中国知网、万方数据库、中国生物医学数据库、Web of Science、PubMed、Embase、EBSCO等中英文数据库,获取国内外前列腺癌根治术后尿失禁康复训练方法的研究现状。同时,对2019年1月至2020年12月四川省人民医院143例前列腺癌根治术患者进行术后3个月尿失禁发生情况及患者康复训练的依从性现状病例回顾分析,结果显示,术后3个月尿失禁的发生率达69.93%,术后康复训练依从性好的患者仅占11.90%,提示构建方案需重点关注患者康复训练掌握及坚持情况,以促进术后尿失禁的改善。经研究小组共同讨论初步构建前列腺癌术后尿失禁康复训练方案,共包括3个阶段、30个条目。

### 1.2.2 拟定专家函询问卷

专家函询问卷包括卷首语、问卷内容和专家基本情况三部分。①卷首语:包含研究背景、目的及意义,并解释问卷的填写方法及注意事项等。②问卷内容:包括术前阶段、术后阶段、出院后阶段3个维度共30个条目,请专家对每个条目的重要程度进行评价,每个条目的重要程度按Likert 5级评分法进行赋值,1~5分依次代表“不重要~非常重要”,同时还设置了增加、修改及删除栏目,供专家填写意见。③专家基本情况:包括专家年龄、学历、工作年限、研究领域,专家判断依据及熟悉程度等。

### 1.2.3 实施专家函询

本研究2轮专家函询问卷均采用邮件形式发放和回收,第1轮于2021年3月对18名专家进行函询,经研究小组会议讨论后对专家意见进行整理分析,形成第2轮专家函询问卷,2周后对完成第1轮函询的专家进行第2轮函询,2轮函询问卷均

在3周内收回。条目的筛选标准为,变异系数 $<0.25$ ,重要性赋值均数 $>4.00$ ,满分率 $>20\%$ <sup>[9-10]</sup>。

### 1.2.4 统计学方法

采用SPSS25.0软件对数据进行统计分析。计量资料采用均数±标准差表示,计数资料用频数、百分比表示,对专家的一般情况、积极程度、权威程度及专家意见的协调程度等进行统计分析,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

## 2 结果

### 2.1 专家积极性

本研究2轮函询各发放问卷18份,回收率均为100%,其中给出意见或指导的专家分别为15人(83.3%)、6人(33.3%)。专家积极性均较高。

### 2.2 专家权威程度及协调程度

2轮专家咨询的权威系数分别为0.832、0.851,表明专家权威性高,咨询结果的可信度高。2轮肯德尔和谐系数分别为0.269、0.280(均 $P<0.01$ ),变异系数分别为0~0.257、0~0.210,专家的一致性均较高。

### 2.3 专家咨询结果

根据条目的筛选标准及专家的意见,第1轮问卷收回经研究小组讨论后,共修改5个条目,整合2个条目,增加15个条目,删除1个条目。①将3个维度中的“术后阶段”“出院后阶段”分别修改为“术后留置尿管阶段”“拔除尿管后阶段”,以明确术后是否保留尿管,有助于实施针对性的康复训练措施;将“指导患者排空膀胱后行盆底肌训练”具体分为“盆底肌训练—快收缩”“盆底肌训练—慢收缩”,并分别阐述快、慢收缩的训练方式及频次。②在方案中增加康复训练措施的具体实施时间,“术前3~5 d”“出院前1~3 d”“拔尿管当天、1个月及3个月”等。③术前阶段增加“评估盆底肌肌力(徒手)”等8个条目;术后阶段增加“饮食管理:应尽量避免可能加重尿失禁食物和药品”等2个条目;出院后阶段增加“评估患者心理、日常生活活动能力、家庭支持和经济水平”等5个条目。④删除条目“拔除尿管前膀胱训练,定期夹闭—开放尿管”(变异系数 $>0.25$ )。第2轮修改:根据专家意见将术前阶段的“评估患者每日饮水量(包括输液量)、24 h尿量等”修改为“评估患者排尿情况(是否有排尿困难、尿频、尿急等)、出入量(饮水量、输入量及尿量)”,将术前训练方案“训练患者进行间断排尿”修改为“训练患者进行定时排尿、间断排尿”,最终确定前列腺癌根治术后尿失禁康复训练方案,包括3个阶段共43个条目,见表1。

## 3 讨论

### 3.1 前列腺癌根治术尿失禁康复训练方案具有可靠性

目前国内外研究均肯定了康复训练(盆底肌训练、膀胱训练等)对于前列腺癌根治术后尿失禁恢复的重要价值,但术后尿失禁的康复现状并不是很理想,尿失禁在前列腺癌根治术后患者中发生率仍较高,且持续时间长,降低了患者的生活质量<sup>[11-12]</sup>。本研究通过病例回顾分析显示前列腺癌根治术后3、6

表 1 前列腺癌根治术后尿失禁康复训练方案

阶段	项目	条目	重要性赋值 ( $\bar{x} \pm s$ )	变异 系数	满分率 (%)
术前 阶段	评估	1. 患者活动耐力	4.56±0.51	0.112	55.56
		2. 盆底肌肌力(徒手评估)	4.83±0.38	0.079	83.33
		3. 患者疾病史(如高血压、糖尿病、脊椎受伤史、神经系统疾病、脑血管疾病)、吸烟、饮酒史,需排除神经源性膀胱患者	4.22±0.55	0.130	27.78
		4. 患者对该手术的认知程度及对尿失禁的认识、重视程度	4.94±0.24	0.048	94.44
		5. 患者对训练方法的理解接受能力	4.33±0.59	0.137	38.89
		6. 患者心理状况(包括对疾病的预期、恐惧程度)及全身营养情况	4.50±0.62	0.137	55.56
		7. 患者的经济情况、家庭支持的程度	4.00±0.69	0.172	22.22
		8. 患者排尿情况(是否有排尿困难、尿频、尿急等)、出入量(饮水量、输入量及尿量)	4.39±0.61	0.139	44.44
方案	术前 3~5 d	1. 向患者讲解康复训练的具体方法及注意事项	5.00±0.00	0.000	100.00
		2. 采用现场教学和视频示范的方式,指导患者排空膀胱后行盆底肌训练	4.89±0.32	0.066	88.89
		3. 首先指导患者正确识别盆底肌,并感受盆底肌的收缩	5.00±0.00	0.000	100.00
		4. 盆底肌训练—慢收缩:每次收缩肛门 5~10 s,再放松 5~10 s,每天 3 组,每组 10~30 次,有助于增强盆底肌肉力量	5.00±0.00	0.000	100.00
		5. 盆底肌训练—快收缩:快速抬高盆底肌,每次收缩 1 s,再放松 1 s,重复 10~20 次,有助于盆底肌抵抗突然增加的腹压	5.00±0.00	0.000	100.00
		6. 训练时嘱患者下肢、臀部、腹部肌肉放松,可采取立位、坐位、卧位、行走等,且一手放于下腹部感受腹肌用力情况	4.78±0.43	0.090	77.78
		7. 为患者制订饮水计划,每天饮水量包括输液量维持在 1 500~2 000 mL,白天规律饮水,睡前 3 h 尽量减少饮水	4.56±0.62	0.135	61.11
		8. 训练患者进行定时排尿、间断排尿,即每次排尿时有意识地中断尿流再继续排尿,或有意识地减慢尿流速度	4.78±0.43	0.090	77.78
记录	1. 泌尿外科专科护士教会患者/家属记录排尿日记,包括排尿间隔时间、24 h 排尿次数、每次排尿量等,并及时进行督查	4.28±0.67	0.156	38.89	
		2. 教会患者/家属记录训练日记,包括排尿次数、尿失禁发生的时机、尿垫使用量等	4.39±0.70	0.159	50.00
术后 留置 尿管 阶段	评估	1. 患者引流尿液的颜色、量、性状	4.56±0.62	0.135	61.11
		2. 患者对盆底肌训练和膀胱训练等的掌握程度。重点评估是否进行了正确训练、训练方法、训练强度和持续时间等关键因素	4.78±0.43	0.090	77.78
方案	1. 术后指导患者保证足够的液体入量(饮水、输液等),2 000~3 000 mL/d	4.39±0.70	0.159	50.00	
		2. 饮食管理:尽量避免可能加重尿失禁食物和药品(酒精类饮料、咖啡、茶、软饮料、添加大量香料的食品、咖啡因类药物等)	4.72±0.46	0.098	72.22
		3. 会阴部清洁,每天 2 次,并定期更换尿袋	4.00±0.84	0.210	27.78
		出院前 1~3 d			
		4. 在术前训练的基础上,强化患者对盆底肌训练的掌握,并评价患者的掌握情况	5.00±0.00	0.000	100.00
		5. 根据患者掌握的不同程度,康复专科护士再次现场指导和纠正,直至患者正确掌握	4.94±0.24	0.048	94.44
		6. 向患者或家属发放训练视频和宣教资料,并指导其使用	4.78±0.43	0.090	77.78
		7. 建立患者随访沟通微信群,并于出院前指导患者加入,以便其及时反馈拔出尿管后 3 个月的排尿日记和训练日记,同时便于回复患者相关问题	4.61±0.50	0.109	61.11
记录	1. 术后监测并记录生命体征、24 h 出入量、引流尿液的颜色及形状	4.89±0.32	0.066	88.89	
		2. 教会并督促患者/家属记录排尿日记	4.00±0.84	0.210	27.78
拔出 尿管 后阶 段(3 个月)	评估	于拔尿管当天、拔出尿管后 1 个月、3 个月			
		1. 患者对尿失禁相关知识的认识情况及应对方式的掌握程度	4.61±0.50	0.109	61.11
		2. 患者尿管拔除后排尿情况、尿失禁时机、程度等	4.83±0.38	0.079	83.33
		3. 患者康复训练依从性、正确性及盆底肌肌力	4.72±0.46	0.098	72.22
方案	1. 泌尿外科专科护士电话随访(第 1 月内每周 1 次,1 个月后再每 2 周 1 次),了解患者排尿情况,并指导其尿失禁相关知识及康复训练	4.39±0.61	0.139	44.44	
		2. 患者拔除尿管后,即指导其跟随训练视频继续行盆底肌训练,快收缩和慢收缩交替进行,每天各 3 组,每组 10~30 次	5.00±0.00	0.000	100.00
		3. 拔除尿管后,训练患者继续定时排尿、间断排尿	4.44±0.62	0.139	50.00
		4. 拔出尿管后的第 1、第 3 个月时,根据患者反馈的排尿日记和训练日记,针对性的进行康复训练、饮水和排尿的指导	4.67±0.49	0.104	66.67
		5. 患者每月门诊复查时,泌尿外科专科护士至泌尿外科门诊对患者进行现场随访,指导患者康复训练,对存在的问题及时纠正,必要时指导患者康复护理门诊接受康复训练	4.83±0.38	0.079	83.33
		6. 告知患者预防腹压增加的因素,如便秘、咳嗽等,以免延缓损害神经的恢复,加重尿失禁	4.78±0.43	0.090	77.78
		7. 因尿失禁有心理困扰的患者,由心理专科护士给予针对性心理疏导,并强调训练的重要性,增强患者训练依从性	4.78±0.43	0.090	77.78
		8. 加强患者饮食管理和尿失禁异味管理指导	4.39±0.70	0.159	50.00
记录	1. 督促患者/家属坚持记录排尿日记	5.00±0.00	0.000	100.00	
		2. 坚持记录训练日记,包括训练的频次、时间等	4.44±0.62	0.139	50.00

个月患者尿失禁发生率仍较高,且部分患者对康复训练的重要性认知及依从性不足。相关文献也提示,需加强患者对康复训练重要性的认知、督促其坚持居家康复训练、训练效果的及时评价、多途径的随访<sup>[13-14]</sup>。本研究康复训练方案涵盖院内患者的个性化评估、多

形式的训练指导、及时效果评价及院外持续随访等方面,可为患者提供全程、有针对性的康复指导,有利于患者术后尿失禁的尽早康复。研究结果的可靠性由专家熟悉程度、权威程度及协调程度等确定。本研究专家来自全国 6 个省,涉及泌尿外科医疗及护理、康

复护理、尿失禁护理等领域,在专业领域具有较好的代表性。一般认为专家权威系数 $>0.7$ 表示咨询结果可信任程度较好,权威系数 $>0.8$ 说明专家有较大的把握<sup>[15]</sup>。本研究2轮专家咨询的权威系数分别为0.832、0.851,表明专家权威性较高,研究结果可靠性较好。2轮函询的肯德尔和谐系数分别为0.269、0.280(均 $P<0.01$ ),表明专家意见趋于一致,结果可信。

**3.2 前列腺癌根治术后尿失禁康复训练方案具有实用性** 本研究方案有助于前列腺癌根治术后尿失禁患者的早期康复,进而改善其生活质量。该方案中术前阶段康复方案的“向患者讲解康复训练的具体方法及注意事项”和“首先指导患者正确识别盆底肌,并感受盆底肌的收缩”2个条目与具体训练方法的指导同等重要,重要性赋值均数都达到5.0,说明专家的认可度高且较为一致。司龙妹等<sup>[5]</sup>对前列腺癌术后尿失禁康复训练的最佳证据总结显示,术后康复训练的效果主要取决于患者训练方法是否正确及训练能否坚持。故本研究方案中康复训练指导在术前即开始,且在术前指导患者训练过程中及时评估患者是否掌握了正确的训练方法,主要考虑到患者术前基本不受肌肉抑制、感觉改变、手术疼痛等因素的影响,更利于患者正确的掌握训练方法<sup>[16]</sup>。此外,本研究中术后院外随访阶段,条目“督促患者/家属坚持记录排尿日记,包括排尿次数、尿失禁发生的时机、尿垫使用量等”重要性赋值均数5.0,专家一致性高,AUA/SU-FU前列腺治疗后尿失禁指南<sup>[2]</sup>推荐患者规律记录排尿日记,将其作为了解患者排尿情况的重要途径,有助于指导患者进行膀胱训练。本研究的康复训练方案覆盖院内术前、术后,院外随访等方面,且与临床实际相符合,具有较好的实用性。

**4 小结**

本研究在文献研究、病例回顾分析、小组会议基础上,通过2轮专家函询构建前列腺癌根治术后尿失禁康复训练方案,共包含3个阶段43个条目。函询结果可为临床前列腺癌根治术患者康复训练的实施提供参考。本方案已在本院初步试用,今后将进一步收集更多的临床应用数据,以全面验证该康复训练方案的实用性及临床效果。

**参考文献:**

[1] Bekelman J E, Rumble R B, Freedland S J. Clinically Localized Prostate Cancer: ASCO Clinical Practice Guideline Endorsement of an AUA/ASTRO/SUO Guideline Summary [J]. *J Oncol Pract*, 2018, 14(10): 618-624.  
 [2] Sandhu J S, Breyer B, Comiter C, et al. Incontinence af-

ter prostate treatment: AUA/SUFU Guideline [J]. *J Urol*, 2019, 202(2): 369-378.  
 [3] 杨宗珂,刘清源,王德林.腹腔镜前列腺癌根治术后早期尿控手术相关因素的研究进展[J]. *重庆医学*, 2021, 50(7): 1227-1231.  
 [4] 李晓丽,彭丽仁,骆寄红.围手术期康复训练预防腹腔镜前列腺癌根治术后尿失禁[J]. *现代泌尿生殖肿瘤杂志*, 2016, 8(4): 235-236.  
 [5] 司龙妹,张佩英,张萌,等.盆底肌训练防治前列腺癌根治术后尿失禁的最佳证据总结[J]. *中华护理杂志*, 2020, 55(12): 1859-1864.  
 [6] 王滨帅,黄毅,马潞林.根治性前列腺切除术术后控尿功能恢复的危险因素分析[J]. *中华泌尿外科杂志*, 2017, 38(12): 932-936.  
 [7] Milios J E, Ackland T R, Green D J. Pelvic floor muscle training in radical prostatectomy: a randomized controlled trial of the impacts on pelvic floor muscle function and urinary incontinence[J]. *BMC Urology*, 2019, 19(1): 116.  
 [8] Pan L, Lin M, Pang S, et al. Improvement of urinary incontinence, life impact, and depression and anxiety with modified pelvic floor muscle training after radical prostatectomy[J]. *Am J Men's Health*, 2019, 13(3): 1-10.  
 [9] 黄莺,冯志仙,黄春美,等.艾滋病专病护理胜任力评价指标体系的构建[J]. *中华护理杂志*, 2020, 55(4): 563-568.  
 [10] 晏蓉,李素云,赵诗雨,等.基于循证构建静脉血栓栓塞症预防护理敏感质量指标体系[J]. *护理学杂志*, 2021, 36(10): 57-61.  
 [11] Aydin S A, Ozbas A. The effect of pelvic floor muscle training on incontinence problems after radical prostatectomy[J]. *Am J Men's Health*, 2018, 12(4): 1-9.  
 [12] de Lira G H S, Fornari A, Cardoso L F, et al. Effects of perioperative pelvic floor muscle training on early recovery of urinary continence and erectile function in men undergoing radical prostatectomy: a randomized clinical trial[J]. *Int Braz J Urol*, 2019, 45(6): 1196-1203.  
 [13] 谷瑞芮.产后压力性尿失禁妇女盆底肌训练依从性及影响因素研究[D].北京:北京协和医学院,2019.  
 [14] 王惠良,吴笑笑,郑晶晶,等.延续护理对前列腺癌术后尿失禁患者控尿功能及生活质量的影响[J]. *中华现代护理杂志*, 2019, 25(5): 622-626.  
 [15] 李炳桥,庞灵,王昊,等.康复专科护士核心能力评价指标构建[J]. *护理学杂志*, 2021, 36(7): 104-106.  
 [16] 范国荣,薄海欣.达标理论在产后尿失禁患者盆底康复训练中的应用研究[J]. *中华护理杂志*, 2019, 54(4): 506-510.

(本文编辑 丁迎春)