

本文引用格式:沈旻静,孙琳,丁玉珍,等.基于格林模式的智能延续护理在改善直肠癌预防性肠造口患者生活质量中的价值[J].安徽医学,2023,44(4):469-473.DOI:10.3969/j.issn.1000-0399.2023.04.023

基于格林模式的智能延续护理在改善直肠癌预防性肠造口患者生活质量中的价值

沈旻静 孙琳 丁玉珍 陈珊珊 叶龙

[摘要] **目的** 探讨基于格林模式下智能延续护理在直肠癌预防性肠造口患者中对于改善自护能力和生活质量的影响。**方法** 选取2020年10月至2021年11月在中国科学技术大学附属第一医院胃肠外科行直肠癌预防性造口手术患者67例,根据住院号的尾数奇偶数进行分组研究,对照组采用常规护理,干预组采用基于格林模式的智能延续护理。采用肠造口自护能力评分量表、知信行量表以及生命质量评分表进行评估,分析两组患者出院后造口并发症、自护能力、知信行水平以及生命质量等情况。**结果** 干预组患者的自护能力评分、知信行水平、生命质量评分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);干预组患者出院后3个月的造口并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 基于格林模式的智能延续护理新模式能提高肠造口患者的健康教育水平,促进患者康复。

[关键词] 格林模式;直肠癌;肠造口;自护能力;生命质量

doi:10.3969/j.issn.1000-0399.2023.04.023

随着腹腔镜技术的发展及术前新辅助放化疗的规范化应用,给低位直肠癌患者带来了手术的希望,但是吻合口漏仍然是最常见且影响患者生活质量的严重并发症之一^[1-2]。预防性造口可以减少低位直肠癌保肛手术后吻合口漏的发生,但这些会引起造口并发症,以及造口还纳后引起的肛门功能障碍问题同样影响患者的

生活质量^[3]。护理健康教育是指通过传播健康知识及干预认知的行为,从而提升患者对健康知识的掌握能力,树立健康的理念和行为,并主动采取积极的健康行为方式改善不良行为的教育活动和过程^[4]。格林模式是由美国的Green教授等创立的以患者为主体进行全面干预和健康教育,使教育过程更加系统和全面;而且

基金项目:安徽高校自然科学研究项目(编号:KJ2021ZD0021)

作者单位 230000 安徽合肥 中国科学技术大学附属第一医院普外科胃肠外科

通信作者:孙琳,592677696@qq.com

- [9] 李蓉蓉,罗鸿萍.加速康复理念下的全程症状管理方案在机器人肝切除术病人症状困扰改善中的应用效果研究[J].护理研究,2020,34(12):2215-2218.
- [10] 柏乐,颜婉华.基于健康行动过程取向模型的健康行为干预策略对支气管哮喘患者用药依从性的影响[J].中国实用护理杂志,2020,36(12):895-900.
- [11] 王才康,胡中锋,刘勇.一般自我效能感量表的信度和效度研究[J].应用心理学,2001,7(1):37-40.
- [12] PENDER N J,MURDAUGH C L,PARSONS M A.Health Promotion in Nursing Practice[M].5thed.Upper Saddle River,NJ:Prentice Hall,2006:37.
- [13] 赵秋利,黄菲菲.成年人健康自我管理能力的测评量表的编制及信度和效度检验[J].中华现代护理杂志,2011,17(8):869-872.
- [14] 罗鸿萍,王婷,李蓉蓉.多模式全程化健康教育在肝脏外科快速康复中的应用[J].腹部外科,2019,32(5):381-384.
- [15] 李蓉蓉,罗鸿萍,王婷.多元信息化健康教育联合ERAS理念的回顾对肝切除患者的影响[J].当代护士(下旬刊),2022,29(6):140-143.
- [16] 张英,郭敬,杨凤霞,等.ERAS理念下护理健康教育路径在腹腔镜肝叶切除围手术期的应用[J].昆明医科大学学报,2021,42(4):168-171.
- [17] WILSON H,SHEEHAN M,PALK G,et al.Self-efficacy,planning,and drink driving:applying the health action process approach[J].Health Psychol,2016,35(7):695-703.
- [18] 孙晓琨.近四十年来我国消化系统癌症的发病状况及其危险因素研究[D].遵义:遵义医科大学,2021.
- [19] 赵子煜,高志娟,陆嘉燕,等.目视健康管理对2型糖尿病患者自我管理能力及行为的影响研究[J].中国全科医学,2019,22(13):1603-1607.
- [20] 陈慕洁,石晨燕.基于自我调节理论的护理干预对老年糖尿病、高血压合并冠心病患者自我健康管理的影响[J].当代护士(下旬刊),2022,29(7):57-61.

(2022-10-23收稿)

(本文编校:周雪春,张迪)

格林模式是根据患者评估情况针对性制订干预措施,鼓励患者及家属积极参与,同时为患者提供技术、工具等各个层面的支持,以期改变行为的模式^[5-6]。针对预防性肠造口患者实施基于格林模式的智能延续护理,是借助互联网平台大数据,实施智能管理,并根据大数据分析,针对不同患者实施差异化的延续性护理,取得了较为理想的效果,现将相关研究情况报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以2020年10月至2021年11月在中国科学技术大学附属第一医院胃肠外科行预防性肠造口的患者为研究对象。纳入标准:确诊为直肠癌且行预防性肠造口;会使用互联网及微信;理解和认知能力正常;知情同意,自愿参与本研究。排除标准:存在精神疾病;合并严重的身心疾病,或有认知功能障碍,无法进行正常沟通;术后出现严重并发症者。依据患者住院号尾数奇偶数进行分组,选择住院号尾数为奇数的符合纳入排除标准的33例患者,实施基于格林模式的智能延续护理,为干预组;选择住院号尾数为偶数的34例患者实施常规护理,为对照组。两组患者年龄、性别、受教育程度、术前放化疗等一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,见表1。本研究符合《赫尔辛基宣言》要求,经中国科学技术大学附属第一医院医学研究伦理委员会审批通过(编号:2020-KY 伦理第71号)。

表1 67例直肠癌预防性肠造口患者的临床资料

病例特征	干预组(n=33) 对照组(n=34)		χ^2/t 值	P值
性别(男/女,例)	18/15	22/12	0.719	0.397
年龄(岁)	63.85±12.52	62.38±10.85	0.513	0.601
受教育程度(例)			0.136	0.712
大学及以上	7	6		
高中及以下	26	28		
居住地(例)			0.163	0.686
城市	12	14		
农村或城镇	21	20		
糖尿病(有/无,例)	4/29	6/28	0.403	0.526
术前放化疗(有/无,例)	5/28	4/30	0.165	0.684

1.2 研究方法

1.2.1 对照组

住院期间对患者及家属实施常规造口护理及健康教育,指导患者及家属掌握造口袋佩戴、揭除、检查(Apply-Remove-Check, ARC)的流程,出院后通过电话常规进行随访,指导造口问题处理,同时给予饮食和生活方式的指导。

1.2.2 干预组

采用基于格林模式的智能延续护理干预。评估患者造口自护能力行为的倾向因素、促成

因素和强化因素。干预组在分析既往微信、QQ 互联网平台数据的基础上,根据常见并发症及咨询情况,进行分组分析,总结出造口患者的常见问题,进行智能化的互联网延续护理指导。

倾向因素的护理干预:指导患者及家属加入互联网护理服务平台并掌握应用方法,加强宣教,指导患者及家属手机操作,上传身份证信息及实体医疗机构门诊就诊卡信息实名绑定认证,选择互联网医院进入护理咨询并点击造口护理专家,进行图文问诊。

促成因素的护理干预:主要内容包括在线健康咨询,线上复诊,线上健康教育,预约线下就诊,预约居家访视等。具体内容有,①在线健康咨询:借助互联网平台对患者出院后遇到的各种造口问题进行在线指导,患者亦可通过语音和预约视频进行线上健康咨询。心理负担重的患者进行网上针对性心理疏导。营养较差患者可转至营养专科护士进行问诊。②线上复诊:造口患者在术后6~8周可能会有造口水肿,出院后造口消肿后直径会缩小,在造口发生形态改变时及造口袋反复渗漏时需要及早指导患者更换合适的造口袋,预防粪便渗漏引起的造口并发症等。此外,造口治疗师常规线上每周1次复诊,提供健康指导预防造口并发症的发生。③线上健康教育:定期在互联网平台上进行线上造口健康宣教,指导相关造口并发症处理、造口袋更换ARC流程,以及饮食、生活指导等,提高患者的依从性,形成对造口术后康复和回归社会的正确态度,提供疾病相关知识,使患者能更有效地获取、利用并理解健康信息,提高知识掌握水平,形成健康的行为。④预约线下就诊:因造口管理的特殊性,线下门诊的重要性无法完全替代,故根据专家门诊时间,可在互联网平台预约线下专家门诊,可以方便有效解决复杂造口问题的诊治。⑤预约居家访视:特殊造口护理患者无法独立完成造口并发症处理,尤其对于高龄基础疾病多、活动不便、肿瘤晚期的患者,可根据治疗情况,进行上门护理指导和处理。

强化因素的护理干预:智能延续护理系统会针对不同造口患者实施个体化护理,如结肠造口的肠管存在一定张力,或合并肥胖、肠系膜肥厚挛缩等高危因素易导致患者造口回缩,要特别关注是否合并造口缺血等;当患者合并肥胖、腹壁松弛或腹部多次手术等增加腹压的高危因素时,要特别关注是否出现造口旁疝等。

1.3 随访及资料收集

两组患者出院时进行评估,出院3个月进行电话随访或门诊随诊,随访内容包括造口通气和通便情况,统计造口并发症的发生率,造口自我护理的能力,并完成知信行量表及生命质量量表的调查统计等。两组患者在造口还纳再次住院时由责任

护士汇总电话随访或互联网平台收集的资料并进行现场确认,并对各类评分表数据进行统计分析。所有实施随访登记的专科护师均在调查前参加统一培训。

1.3.1 自我护理能力测定量表 出院时及出院3个月,采用自我护理能力测定量表(Exercise of Self-care Agency,ESCA)评估患者自护能力,包括自我概念(7个条目)、自护技能(11个条目)、自护知识(19个条目)以及自护责任感(6个条目)等,每个条目的回答选项有非常类似、有一些类似、没有意见、有一些不同、非常不同,分别评分4、3、2、1、0分,整个项目总分为172分,总分得分越高代表患者自护能力越高^[7]。

1.3.2 知信行量表 出院时及出院3个月根据知信行量表(Colostomy Patient Colostomy Knowledge Attitude and Practice Scale,CPCCKAPS)进行随访登记,该量表主要包括40个条目,分为3个维度,其中知识维度(15个条目),态度维度(15个条目),行为维度(10个条目),态度维度采用Likert 5级评分方法,“非常同意”“同意”“可疑”“不同意”“非常不同意”依次记5~1分;

知识维度中:“是”“否”“可疑”分别计1、0、0分;行为维度分为“总是这样”“经常这样”“偶尔这样”“从不这样”,依次记4~1分,患者知信行水平越好,总分越高。量表条目水平内容效度指数(content validity index,CVI)为0.869~1.000,表明该量表信效度良好^[8]。

1.3.3 生命质量量表 根据生命质量量表(Quality of Life Questionnaire-Core 30,QLQ-C30)进行随访登记,该量表主要包含30个条目,包括5个功能领域(角色功能、躯体功能、情绪功能、认知功能、社会功能),1个总体健康状况和3个伴随症状领域,计算得出各领域的得分,生命质量和功能状况越好其总体健康状况领域和功能领域得分越高。问题或症状越多,其症状领域

得分越高。Cronbach's α 系数均 >0.70 ,QLQ-C30具有良好的信效度、可行性和反应度^[9]。

1.4 统计学方法 采用SPSS 19.0软件进行统计分析。正态分布计量资料用 $\bar{x}\pm s$ 表示,两组间均数比较采用 t 检验,计数资料以百分比表示,两组间比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 造口并发症比较 干预组出院后3个月造口并发症发生率为12.12%(4/33)低于对照组的38.24%(13/34),差异有统计学意义($\chi^2=6.031,P=0.014$)。

2.2 自护能力比较 两组患者出院时自护能力评分差异无统计学意义($P>0.05$);出院后3个月干预组自护能力评分改善幅度高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

表2 两组不同时间点自护能力评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	自护能力评分		
		出院前	出院3个月	差值
干预组	33	101.64 \pm 5.78	121.97 \pm 4.10	20.33 \pm 5.86
对照组	34	102.91 \pm 5.91	117.94 \pm 4.88	15.03 \pm 5.45
t 值		-0.893	3.654	3.838
P 值		0.375	0.001	<0.001

2.3 知信行能力比较 两组患者出院时CPCCKAPS各维度得分差异无统计学意义($P>0.05$);出院后3个月,干预组患者各维度得分改善幅度均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表3。

2.4 生命质量比较 两组患者出院时生命质量各评分差异无统计学意义($P>0.05$);出院后3个月,干预组患者生命质量各评分及健康状况得分改善幅度高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表4。

表3 两组不同时间点CPCCKAPS评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	知识维度			态度维度			行为维度		
		出院时	出院3个月	差值	出院时	出院3个月	差值	出院时	出院3个月	差值
干预组	33	5.27 \pm 2.20	8.64 \pm 1.25	3.36 \pm 1.97	39.55 \pm 3.06	44.06 \pm 2.40	4.52 \pm 3.72	18.67 \pm 2.20	24.45 \pm 2.20	5.79 \pm 1.93
对照组	34	5.06 \pm 2.24	7.56 \pm 1.65	2.50 \pm 1.11	39.53 \pm 2.19	41.26 \pm 2.09	1.74 \pm 0.83	18.38 \pm 3.10	22.74 \pm 2.62	4.35 \pm 1.84
t 值		0.394	3.004	2.224	0.025	5.089	4.254	0.431	2.907	3.113
P 值		0.695	0.004	0.030	0.980	<0.001	<0.001	0.668	0.005	0.003

3 讨论

基于格林模式的健康教育是指包括行为变化发展及知识获得的健康宣教模式,以患者为主体进行系统评估,并进行多方向、多层次、多角度的综合干预,其核心为倾向、促成、强化因素的针对性健康教育^[10]。肠造口患者因需要长期护理造口,属于慢性病管理人群,尤其是造口并发症严重影响患者的生活质量,而围手术

期健康教育往往效果有限,需要不断给予患者及家属加强指导^[11-12]。故在格林模式的基础上针对肠造口患者实施智能延续护理是未来发展的重要方向。

智能延续护理可以对患者的健康状况及各项医疗信息进行采集、存储等智能化处理,不仅提高了护理服务效率,还能使护理人员快速掌握患者病情变化,提高护理质量^[13-15]。既往研究^[16]发现,通过延续护理的各

表4 两组不同时间点生活质量评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	躯体功能			角色功能			情绪功能		
		出院时	出院3个月	差值	出院时	出院3个月	差值	出院时	出院3个月	差值
干预组	33	67.03±5.00	72.61±4.32	5.00±2.33	66.76±4.77	72.64±3.65	5.88±2.53	71.27±7.92	78.24±5.60	6.97±3.30
对照组	34	67.06±6.53	69.56±6.04	2.76±1.30	66.35±6.77	69.06±5.95	2.71±1.47	71.65±7.35	74.68±6.64	3.03±1.93
<i>t</i> 值		-0.20	2.369	4.862	0.282	2.957	6.295	-0.201	2.374	5.984
<i>P</i> 值		0.984	0.021	<0.001	0.779	0.004	<0.001	0.842	0.021	<0.001

组别	例数	认知功能			社会功能			健康功能		
		出院时	出院3个月	差值	出院时	出院3个月	差值	出院时	出院3个月	差值
干预组	33	75.21±5.30	83.15±5.40	7.94±6.05	75.12±3.48	82.67±6.17	7.55±5.18	74.48±1.73	79.09±2.26	4.61±2.21
对照组	34	75.24±4.37	79.71±6.08	4.47±0.13	74.68±5.79	78.41±5.35	3.74±2.29	74.38±2.92	77.21±3.26	3.44±1.81
<i>t</i> 值		-0.20	2.451	2.331	0.380	3.019	3.912	0.174	2.742	2.364
<i>P</i> 值		0.984	0.017	0.023	0.705	0.004	<0.001	0.863	0.008	0.021

种形式,包括电话随访、互联网平台指导等可以明显减少造口并发症,改善患者的生活质量,但同时也暴露出一些问题,如患者往往会因隐私问题,不愿在微信群或QQ群等公开平台上咨询自己的造口问题,因此,常将轻微的造口问题拖延至严重的问题,错过了处理的最佳时机。所以,智能延续护理是借助APP软件真正实现了“一对一”的图文咨询和护理指导,克服了电话随访不能查阅造口照片,难以真正判断造口情况的局限性。另外,家庭访视虽然可以很好的了解患者造口问题,及时给予指导,但是因为人力资源有限往往只能服务于市区内的患者,整体覆盖范围有限。智能延续护理可以借助平台点对点咨询,可有效避免各自隐私暴露的问题,也是护患双方可以接受的方式,并且可以减少患者不必要的奔波,改善患者就医感受,提高满意度。然而,网络上的护理指导或居家现场护理,护理人员需要有更高的专科水平和综合素质,才能完成高质量、有针对性的指导^[17-18]。

基于格林模式的智能延续护理在制定护理指导计划前,对预防性造口患者进行全面的评估,将各类因素划分为倾向因素、促成因素及强化因素,再针对性地制定方案,①倾向因素:指导患者及家属了解互联网平台应用,针对造口患者进行一对一健康教育,内容包括造口护理相关知识及术后注意事项,以提高患者治疗的依从性,并了解患者心理状态改善患者不良情绪。②促成因素:由造口专科护师及责任护师等成立护理干预小组,进行格林模式系统培训并集中进行考核,考核后才能进行各类线上复诊、线上健康教育以及预约线下就诊等事项。③强化因素:建立完善的行为管理制度,专科护师会对患者情况进行整体评估并给予针对性的专科知识宣教,尤其是特殊类型的造口患者实施个体化护理指导,并且根据患者情况每隔1~2d电话随

访1次,如有互联网平台处理不了的造口并发症,市外患者及时指导其到门诊就诊,市内患者根据需求安排居家访视^[19-21]。

本组研究实施以格林模式为基础的智能延续护理,即针对不同特征的预防性造口患者,进行分组针对性的互联网平台指导,为了进一步证实进行分组管理的优势,遂选取2020年10月至2021年11月在中国科大附一院行预防性肠造口的67例患者为研究对象。对照组患者采用常规护理,干预组采用智能延续护理指导。研究发现干预组并发症发生率有所下降,差异有统计学意义($P<0.05$);出院3个月后患者造口自护能力、知信行水平、生活质量状况均优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。说明格林模式的智能延续护理能提高肠造口患者的知信行水平,改善就医感受,减少造口并发症,从而提高患者的生活质量。干预组知信行能力逐渐增加,可能与以下几个因素相关:首先,在干预组的随访过程中,采用多种模式的健康教育,具体包括患者的在线健康咨询,以及专业的线上健康教育,可以全方位的了解造口患者的需求,并针对性予以强化教育,不仅可以使患者更系统地学习造口相关护理知识,同时有专业护理人员对其解疑答惑,同时跟专科护师交流简便,更容易接受新的造口护理方法,也更容易找到适合自己造口的护理用品。同时智能护理服务对有心理负担的患者可给予一对一的心理疏导,让患者形成健康的信念,提高患者的健康行为,其次,对照组是一种灌输式的健康教育,随着出院时间的延长,很难评价患者的理解力和信息掌握程度。而干预组借助格林模式在与患者进行沟通时,根据不同类型造口常见的并发症情况分析,有针对性的不断传授患者造口相关知识,并通过视频教学的方式演示造口更换和护理方法,以及造口并发症的处理,及时纠正患

者的错误操作,并加强患者的造口并发症处理能力,所以,这些使得干预组知信行能力逐渐提高^[22]。

随着信息时代的到来,微信及网络的普及发展,极大的推动了互联网智能医疗服务时代的到来,尤其对于慢性疾病的管理,通过智能延续护理可减少不必要的舟车劳顿,给患者带来极大的便利,在未来医疗发展中将发挥重要作用。格林模式为基础的延续护理作为互联网医疗的一个分支,在未来医院护理发展中是机遇和挑战并存,一方面,为护患之间搭建了新的咨询平台,有利于解决患者的问题,但由于医学的特殊性,针对一些特殊的疾病和并发症,网络会诊往往有一定的局限性,是无法代替实体门诊的诊治效果,所以,对于咨询管理者鉴别能力的要求也将越来越高,如何培训和管理这些咨询护师是未来医院管理的重要方向。另一方面,在平台进行咨询时,虽然优化了患者就医体验,节省了时间,同样也会有隐私泄露和法律问题的存在,所以,在平台维权建设以及护患双方的隐私保护问题上,同样需要得到各方的关注^[23-24]。

总的来说,基于格林模式的智能延续护理在肠造口患者的管理过程中,可明显的提高肠造口患者的健康知识水平,提高患者的自护能力,并减少造口并发症的发生,亦可通过平台进行心理的辅导,鼓励造口患者重新融入社会,从而提高造口患者的生活质量。

参考文献

- [1] 刘方奇,蔡三军. 结直肠癌围手术期辅助与新辅助治疗[J]. 中华胃肠外科杂志,2019,22(4):315-320.
- [2] 樊林,廖新华. 直肠癌新辅助放疗和吻合口漏相关性及其对策[J]. 中国实用外科杂志,2020,40(3):329-334.
- [3] 杨斌,周声宁,韩方海. 直肠癌手术预防性回肠造口并发症的预防和处理[J]. 结直肠肛门外科,2020,26(5):548-552.
- [4] 王平,陈红宇,刘娅林. 综合医院专业化护理健康教育的实施与管理[J]. 中国健康教育,2020,36(7):678-679.
- [5] 刘俊,王金国,许红霞,等. 格林模式在男性不育患者生活方式干预中的应用研究[J]. 中华男科学杂志,2020,26(5):441-445.
- [6] 徐红英,陈琳霞,陈华. 格林模式对轻中度老年痴呆患者认知功能、自理能力及生活质量的影响[J]. 广东医学,2019,40(11):1629-1632,1636.
- [7] 程魏弟,任宁宁,乔够梅. 自我护理能力对永久性膀胱造瘘患者自我感受负担的影响[J]. 中国实用护理杂志,2018,34(10):746-750.
- [8] 魏清风,谢志芬,魏舵秀,等. 肠造口患者造口知信行量表的编制及信效度检验[J]. 中华护理教育,2017,14(11):815-819.
- [9] 郝素娟,杨菊英,沈翠玲,等. 恶性肿瘤患者生活质量与心理痛苦的相关性分析[J]. 中西医结合护理(中英文),2018,4(5):100-103.
- [10] 张世美,薛宝梅,李娜,等. 基于格林模式联合微信平台的护理干预在胆道术后带T管出院患者中的应用效果[J]. 中华现代护理杂志,2020,26(19):2593-2597.
- [11] 许晶晶,张晓平. 临床护理路径对永久性肠造口患者并发症与生活质量的影响[J]. 护理实践与研究,2020,17(3):103-106.
- [12] 李小林,张德雪,赵海燕,等. 认知行为疗法对结直肠癌永久性肠造口患者创伤后成长的影响[J]. 安徽医学,2020,41(2):91-94.
- [13] 黄小琴,吕东来,周丽梅. 基于微信平台的延续护理在使用PICC的消化道肿瘤患者中的应用[J]. 中华全科医学,2021,19(8):1419-1422.
- [14] 汤杰,马龙鑫,曹青,等. 基于新一代信息技术的智慧方舱医院建设研究[J]. 诊断学理论与实践,2022,21(2):196-204.
- [15] 胡静超,王韬,章雅青. “互联网+护理服务”的态势分析[J]. 中华护理教育,2020,17(10):956-960.
- [16] 吴欣娟. 我国“互联网+护理服务”跨时代发展现状及思考[J]. 护理管理杂志,2020,20(5):305-308.
- [17] 许晶晶,张晓平. 临床护理路径对永久性肠造口患者并发症与生活质量的影响[J]. 护理实践与研究,2020,17(3):103-106.
- [18] 黄艳艳,张咏梅,辜甜田,等. 基于“互联网+”的延续护理在直肠癌患者中应用的研究进展[J]. 现代临床护理,2019,18(7):53-57.
- [19] 骆惠玉,张凤贞,齐榕,等. “互联网+”肿瘤患者健康教育方案的构建[J]. 中华护理杂志,2017,52(12):1482-1485.
- [20] 李亚楠,盖玉宁,牛艳玲. 运用网络微信平台+可视化健康宣教+电话随访+护患互动四位一体健康宣教模式对肠造口出院患者的应用观察[J]. 结直肠肛门外科,2021,27(S01):140-141.
- [21] 赵明. 格林模式在直肠癌造口手术后健康干预护理中的应用价值[J]. 中国实用乡村医生杂志,2019,26(12):48-50.
- [22] 孙颖,孙春霞,陶国全,等. 居家护理平台移动护理诊所在肠造口患者延续护理中的应用效果[J]. 中华现代护理杂志,2016,22(24):3449-3452.
- [23] 肖爽,肖明朝,赵庆华. 互联网时代患者安全面临的新挑战与新突破[J]. 中国医院管理,2019,39(3):51-53.
- [24] HESSE B W. Role of the internet in solving the last mile problem in medicine[J]. J Med Internet Res, 2019, 21(10): e16385.

(2022-10-20 收稿)
(本文编辑:张迪)