

doi:10.3969/j.issn.1005-3697.2025.05.029

❖ 护理 ❖

Hogan 阶段性护理对肺癌胸腔镜手术患者肺功能、癌因性疲乏、自我效能及领悟社会支持的影响

国玲¹, 陈琳², 韩萌¹, 秦莉²

(邢台市中心医院, 1. 胸外科; 2. 体检中心, 河北 邢台 054000)

【摘要】目的: 探讨 Hogan 阶段性护理对肺癌胸腔镜手术患者肺功能、癌因性疲乏、自我效能及领悟社会支持的影响。**方法:** 选取接受胸腔镜肺叶切除术治疗的 102 例肺癌患者为研究对象, 按照护理方式不同将其分为对照组 ($n = 51$) 与干预组 ($n = 51$)。对照组给予常规护理; 干预组接受 Hogan 阶段性护理。两组干预时间均为 2 个月。比较两组患者干预前后肺功能、癌因性疲乏、自我效能及领悟社会支持水平。**结果:** 干预 2 个月后, 两组患者第 1 秒用力呼气容积 (FEV1)、肺活量 (FVC) 及最大通气量 (MVV) 均高于干预前 ($P < 0.05$), 且干预组高于对照组 ($P < 0.05$); 两组患者行为疲乏、情感疲乏、躯体疲乏、认知疲乏及 Piper 疲乏修正量表 (RPFS) 总分均低于干预前 ($P < 0.05$), 且干预组低于对照组 ($P < 0.05$); 两组患者一般自我效能感量表 (GSES) 评分均高于干预前 ($P < 0.05$), 且干预组高于对照组 ($P < 0.05$); 两组患者家庭内支持、家庭外支持维度及领悟社会支持量表 (PSSS) 总分均高于干预前 ($P < 0.05$), 且干预组高于对照组 ($P < 0.05$)。**结论:** Hogan 阶段性护理有利于促进肺癌胸腔镜手术患者术后肺功能恢复, 缓解癌因性疲乏, 提升自我效能及领悟社会支持水平。

【关键词】 Hogan 理论; 肺癌; 胸腔镜肺叶切除术; 肺功能; 癌因性疲乏; 自我效能; 领悟社会支持

【中图分类号】 R734.2; R248.2 **【文献标志码】** A

The impact of Hogan's staged nursing on lung function, cancer-related fatigue, self-efficacy, and perceived social support in patients undergoing thoracoscopic surgery for lung cancer

GUO Ling¹, CHEN Lin², HAN Meng¹, QIN Li²

(1. Department of Thoracic Surgery; 2. Physical Examination Center, Xingtai Central Hospital, Xingtai 054000, Hebei, China)

【Abstract】Objective: To investigate the impact of Hogan's staged nursing on lung function, cancer-related fatigue, self-efficacy, and perceived social support in patients undergoing thoracoscopic surgery for lung cancer. **Methods:** 102 lung cancer patients who underwent thoracoscopic lobectomy were prospectively selected and divided into a control group ($n = 51$) and an intervention group ($n = 51$) according to different nursing methods. The control group received routine care, while the intervention group received Hogan's staged nursing. The intervention lasted for 2 months, and the lung function, cancer-related fatigue, self-efficacy, and perceived social support levels were compared between the two groups before and after the intervention. **Results:** After 2 months of intervention, the forced expiratory volume in 1 second (FEV1), forced vital capacity (FVC) and maximum ventilation volume (MVV) of both groups of patients were higher than before intervention ($P < 0.05$), and the intervention group was higher than the control group ($P < 0.05$). The total scores of behavioral fatigue, emotional fatigue, somatosensory fatigue, cognitive fatigue, and revised Piper fatigue scale (RPFS) in both groups of patients were lower than before the intervention ($P < 0.05$), and the intervention group was lower than the control group ($P < 0.05$). The general self-efficacy scale (GSES) scores of both groups of patients were higher than before intervention ($P < 0.05$), and the intervention group was higher than the control group ($P < 0.05$). The dimensions of support within and outside the family, as well as the total score of the perceived social support scale (PSSS), were higher in both groups of patients than before the intervention ($P < 0.05$), and the intervention group was higher than the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Hogan's stage nursing is beneficial for promoting postoperative lung function recovery, alleviating cancer-related fatigue, improving self-efficacy, and perceived social support levels in patients undergoing thoracoscopic surgery for lung cancer.

【Key words】 Hogan's theory; Lung cancer; Thoracoscopic lobectomy; Pulmonary function; Cancer-related fatigue; Self-efficacy; Perceived social support

肺癌是全球范围内发病率和死亡率均较高的原发性癌症类型,其主要危险因素包括吸烟、家族史、辐射暴露、慢性肺病等^[1-2]。手术是治疗早期肺癌的最有效手段,胸腔镜肺叶切除术具有微创、疼痛轻、术后恢复快等优势,现已在早期肺癌患者的临床治疗中广泛应用^[3-4]。科学、高效的护理方式已被证实有利于促进患者术后恢复,加速康复进程,但目前我国胸外科的护理干预仍以基础性护理措施为主,主要聚焦于疾病、症状本身,容易忽视患者的各个阶段的不同需求。Hogan理论将照顾者的心理历程分为获知期、应对期、共存期、姑息期4个阶段,涵盖了疾病与死亡整个过程^[5-6]。目前,针对Hogan理论的研究^[7-8]较少,特别是在肺癌患者中尚未见报道。本研究基于Hogan理论,将胸腔镜肺叶切除手术患者的护理分为3个阶段,制定并实施相应护理措施,探讨其对患者肺功能、癌因性疲乏、自我效能及领悟社会支持的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入2020年11月至2023年10月于邢台市中心医院接受胸腔镜肺叶切除术治疗的102例肺癌患者为研究对象。研究对象中,男性62例,女性40例;年龄(59.57±9.07)岁;TNM分期Ⅰ期60例,Ⅱ期31例,Ⅲa期11例;组织学类型腺癌74例,鳞癌28例;ASA分级Ⅰ级49例,Ⅱ级53例。纳入标准:(1)经影像学检查符合肺癌诊断标准,且经病理检查确认;(2)TNM分期为Ⅰ~Ⅲa期,行胸腔镜肺叶切除手术治疗,ASA分级为Ⅰ~Ⅱ级;(3)神志清醒,认知能力正常;(4)生命体征平稳,预计生存期≥6个月;(5)临床资料完整。排除标准:(1)合并其他恶性肿瘤;(2)合并肺部感染、肺栓塞、肺结核等其他肺部疾病;(3)严重内脏功能不全;(4)合并活动性出血;(5)合并严重精神类疾病;(6)视觉、听觉障碍;(7)酒精/药物滥用或依赖;(8)哺乳期、妊娠期女性;(9)合并免疫系统、造血系统疾病。按照护理方式不同将102例患者分为对照组($n=51$)与干预组($n=51$)。本研究符合《赫尔辛基宣言》,患者自愿参加试验并签署知情同意书。

1.2 方法

1.2.1 治疗方案 对照组:给予常规护理,入院后,为患者安排床位,介绍住院环境;术前,完善各项检查,遵医嘱给予对症治疗,介绍手术相关注意事项,必要时对患者进行常规心理疏导;术中及术后密切监测生命体征,术后做好留置尿管的护理、并发症的防护、感染防控、饮食指导、常规疼痛管理,鼓励患

者尽早下床活动,如发现异常,及时报告医生;出院前告知患者相关注意事项,嘱患者遵医嘱服药、定期复查。干预组:接受Hogan阶段性护理:(1)成立Hogan护理小组,小组成员包含主治医师1名、护士长1名(担任组长)、责任护士4名。小组成员均经过Hogan相关知识培训与考核,且护理人员临床护理经验≥3年。(2)Hogan阶段性护理方案的制定,以“Hogan理论”“阶段性护理”“肺癌术后护理”“胸腔镜手术护理”等为关键词,查阅相关文献,结合科室多年来临床护理经验,确定将护理过程分为获知期(指患者入院前两日)、应对期(指围术期)、共存期(出院前后),制定各阶段护理方案。(3)Hogan阶段性护理方案的实施:①获知期,通过与患者交流,获取其家庭状况、文化程度、性格、病史、疼痛耐受程度、情绪、需求等情况。针对不同患者理解能力,采用其可以理解的形式为患者及其家属介绍肺癌相关知识以及手术的益处、流程、风险、注意事项、遵医嘱的必要性等,纠正其错误认知。告知患者良好的心态对疾病治疗的益处,为其介绍心理放松方式,例如聆听音乐、看电视或短视频、深呼吸放松训练、冥想训练等;鼓励患者间相互交流,为患者列举近期科室手术成功案例;鼓励患者主动表达心中疑惑,并对其提出的问题耐心解答;鼓励家属给予患者支持,包括物资支持(生活用品、饮食等方面)、精神支持(与患者充分沟通、认真聆听患者心声、了解患者心理需求、给予患者充分的关爱)。②应对期,术前嘱患者做好禁食、禁水等准备工作,再次为患者介绍手术的流程、安全性及必要性。护理人员为患者做好皮肤清洁、建立静脉通路等。术后密切监测生命体征,为患者讲解留置尿管的意义及注意事项,观察患者切口情况,为患者及家属进行用药指导。采用营养风险筛查量表对患者进行营养筛查,评分≥3分的患者应加强营养,必要时补充乳清蛋白粉,嘱家属每日为患者进行腹部顺时针按摩。开展疼痛管理与心理疏导,指导患者进行心理放松,具体方法同获知期。指导患者按照握拳、抬臂、踝泵运动、协助翻身、独立翻身、有效咳嗽、协助坐起、独立坐起、床旁站立以及床旁、病房内活动的顺序进行康复训练。③共存期,出院前,康复运动范围由病房内扩大至走廊、楼外,可进行散步、八段锦等,嘱患者出院后继续进行康复训练。告知患者及其家属居家期注意事项,提醒其注意个人卫生、规律作息、均衡饮食、营养丰富,嘱患者严格戒烟。教授患者自护技巧、患者家属照护技巧、并发症的识别与处理,无法处理时应及时就医。责任护士邀请患者及其家属关注科室微信公众号,微信公众号定期推送“肺癌患者术后注

意事项”“肺癌的居家期护理”“肺癌术后康复训练”等相关文章或视频内容。建立微信群,患者及其家属自愿加入,群内每周组织1次在线答疑,鼓励患者参加广场舞、太极拳等运动,鼓励同城病友组织郊游、聚餐等活动,嘱患者按时复查。2个月后评估干预效果。

1.2.2 观察指标 (1)一般资料:包括年龄、性别、文化程度、TNM分期、组织学类型及ASA分级;(2)肺功能:于干预前、干预后2个月,采用Quark PFT肺功能仪(科时迈,意大利)测定第1秒用力呼气容积(forced expiratory volume in one second, FEV₁)、肺活量(forced vital capacity, FVC)及最大通气量(maximal voluntary ventilation, MVV);(3)癌因性疲乏:于干预前、干预后2个月,采用Piper疲乏修正量表(piper fatigue scale, RPFs)^[9]评估,该量表涵盖行为疲乏、情感疲乏、躯体疲乏及认知疲乏4个维度,共计22个条目,每个条目按照“没有”至“非常严重”对应0~10分,各维度分数=该维度各条目分数之和除以该维度条目数,分数越高即疲乏程度越严重;(4)自我效能:于干预前、干预后2个月,采用一般自我效能感量表(general self-efficacy scale, GSES)^[10]评估,该量表包含10个条目,每个条目按照“完全不正确”至“完全正确”对应1~4分,分数越高即自我效能感越强;(5)领悟社会支持:于干预前、干预后2个月,采用领悟社会支持量表(perceived social support scale, PSSS)^[11]评估,该量表涵盖家庭内支持、家庭外支持2个维度。采用7级评分,每个条目按照“极不同意”~“极其同意”对应1~7分,分数越高即领悟社会支持水平越高。

1.3 统计学分析

采用SPSS 23.0统计软件进行数据处理。计数资料以[n(%)]表示,组间比较采用独立样本 χ^2 检

验;计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用独立样本t检验,组内比较采用配对样本t检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者一般资料比较

两组患者一般资料比较,差异均无统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组患者一般资料比较[$\bar{x} \pm s, n(\%)$]

资料	干预组(n=51)	对照组(n=51)	t/χ^2 值	P值
年龄(岁)	60.37±9.28	58.76±8.88	0.894	0.374
性别			0.165	0.685
男	32(62.75)	30(58.82)		
女	19(37.25)	21(41.18)		
文化程度			0.409	0.815
小学及以下	16(31.37)	15(29.41)		
初中/中专/高中	24(47.06)	27(52.94)		
大专及以上学历	11(21.57)	9(17.65)		
TNM分期			0.917	0.632
I期	29(56.86)	31(60.78)		
II期	15(29.41)	16(31.37)		
IIIa期	7(13.73)	4(7.84)		
组织学类型			0.197	0.657
腺癌	36(70.59)	38(74.51)		
鳞癌	15(29.41)	13(25.49)		
ASA分级			0.353	0.552
I级	26(50.98)	23(45.10)		
II级	25(49.02)	28(54.90)		

2.2 两组患者干预前后肺功能比较

干预前,两组患者FEV₁、FVC及MVV指标比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。干预后,两组患者FEV₁、FVC及MVV均高于干预前($P < 0.05$),且干预组高于对照组($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组患者干预前后肺功能指标比较($\bar{x} \pm s, L$)

组别	FEV ₁		FVC		MVV	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
干预组(n=51)	1.83±0.22	2.29±0.23 ^①	2.27±0.32	2.92±0.31 ^①	75.88±7.95	90.94±8.22 ^①
对照组(n=51)	1.77±0.24	2.17±0.21 ^①	2.26±0.34	2.75±0.32 ^①	74.42±8.28	86.75±9.25 ^①
t值	1.528	2.644	0.182	2.705	0.907	2.417
P值	0.130	0.010	0.856	0.008	0.366	0.017

① $P < 0.05$,与同组干预前比较。

2.3 两组患者干预前后癌因性疲乏比较

干预前,两组患者RPFs评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。干预后,两组患者行为疲乏、

情感疲乏、躯体疲乏、认知疲乏及RPFs总分均低于干预前($P < 0.05$),且干预组低于对照组($P < 0.05$)。见表3。

表 3 两组患者干预前后 RPFS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	行为疲乏		情感疲乏		躯体疲乏	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
干预组 ($n = 51$)	6.43 ± 2.12	4.49 ± 1.47 ^①	6.88 ± 1.38	5.06 ± 1.46 ^①	8.12 ± 0.93	5.86 ± 1.58 ^①
对照组 ($n = 51$)	6.71 ± 1.60	5.22 ± 1.65 ^①	7.25 ± 1.48	5.76 ± 1.45 ^①	8.39 ± 1.11	6.76 ± 1.35 ^①
t 值	0.738	2.339	1.314	2.448	1.350	3.105
P 值	0.462	0.021	0.192	0.016	0.180	0.002

续表 3

组别	认知疲乏		总分	
	干预前	干预后	干预前	干预后
干预组 ($n = 51$)	6.16 ± 1.55	3.47 ± 1.69 ^①	27.59 ± 2.97	18.88 ± 3.46 ^①
对照组 ($n = 51$)	6.12 ± 1.77	4.76 ± 1.41 ^①	28.47 ± 3.04	22.51 ± 3.25 ^①
t 值	0.119	4.202	1.481	5.459
P 值	0.906	<0.001	0.142	<0.001

① $P < 0.05$, 与同组干预前比较。

2.4 两组患者干预前后自我效能比较

干预前, 两组患者 GSES 评分比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。干预后, 两组患者 GSES 评分高于干预前 ($P < 0.05$), 且干预组高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组患者干预前后 GSES 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	GSES 评分	
	干预前	干预后
干预组 ($n = 51$)	22.39 ± 3.95	31.94 ± 3.73 ^①
对照组 ($n = 51$)	22.63 ± 3.99	29.24 ± 3.88 ^①
t 值	0.299	3.591
P 值	0.765	<0.001

① $P < 0.05$, 与同组干预前比较。

2.5 两组患者干预前后领悟社会支持水平比较

干预前, 两组患者 PSSS 评分比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。干预后, 两组患者家庭内支持、家庭外支持维度及 PSSS 总分均高于干预前 ($P < 0.05$), 且干预组高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 5。

表 5 两组患者干预前后 PSSS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	家庭内支持		家庭外支持		PSSS 总分	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
干预组 ($n = 51$)	22.94 ± 3.29	27.43 ± 2.88 ^①	25.33 ± 4.01	32.82 ± 4.02 ^①	48.27 ± 5.47	60.25 ± 4.99 ^①
对照组 ($n = 51$)	22.78 ± 3.42	25.59 ± 2.74 ^①	24.45 ± 4.30	30.41 ± 3.60 ^①	47.24 ± 5.24	56.00 ± 4.49 ^①
t 值	0.236	3.310	1.071	3.190	0.980	4.524
P 值	0.814	0.001	0.287	0.002	0.330	<0.001

① $P < 0.05$, 与同组干预前比较。

3 讨论

肺癌目前居于我国恶性肿瘤发病率和死亡率的首位, 胸腔镜肺叶切除术是早期肺癌患者的首选治疗方式。相关研究^[12-14]表明, 部分患者围术期可能出现焦虑、恐惧等不良心理状态, 且患者术后需面临疼痛、并发症、康复相关知识匮乏等问题, 加之肺癌患者年龄普遍偏高, 认知水平有限, 常规的护理干预很难满足不同患者各个阶段身心方面的需求。为进一步提升肺癌胸腔镜手术患者的护理效果, 促进其疾病康复, 本研究采用了 Hogan 理论对不同护理阶段进行划分, 制定并实施相应护理干预策略。

本研究中, 干预 2 个月后, 干预组患者 FEV1、FVC、MVV 均高于对照组。提示 Hogan 阶段性护理有利于改善患者肺功能。可能是由于该护理模式针对患者不同阶段给予了不同的康复训练指导, 例如获知期对患者进行了相关评估, 避免了由于理解能

力不足导致的康复方法错误; 此外, 应对期为患者提供了循序渐进的康复训练方案, 使患者逐步恢复身体功能, 避免其由于过度导致的二次受伤风险; 最后, 共存期将康复运动范围进一步扩大, 嘱患者保证营养、严格戒烟, 并制定了科室公众号推送康复训练相关内容、微信群定期在线答疑等措施, 使患者在居家期仍能维持合理的康复训练, 促进了患者的肺功能恢复。许敏^[15]、杨千惠^[16]均以子宫肌瘤患者为研究对象, 指出 Hogan 理论护理模式有利于加速患者术后康复进程。本研究中, 干预组患者 RPFS 量表评分低于对照组, GSES 量表评分均高于对照组。究其可能原因, Hogan 阶段性护理在关注患者功能康复的同时, 还聚焦于不同阶段患者的心理需求, 通过多元化的健康教育、教授心理放松与自护技巧等途径, 增强了患者对于疾病的认知以及护理配合度, 生理、心理方面形成了良性循环, 因此降低了疲乏程度, 提升了自我效能。翟宏亮等^[17]将 Hogan 理论引

入乳腺癌患者的护理管理中,发现患者遵医行为及自我效能均明显提升。

此外,本研究发现,干预组患者 PSSS 量表评分明显高于对照组。这可能归因于家属在不同阶段的护理中均扮演了重要角色,由获知期的家属给予患者物资支持、精神支持,到应对期的辅助患者进行康复训练,再到共存期的学习照护技巧,整个护理过程中家属起到监督、鼓励、辅助的作用,使患者感受到了来自家庭内部的支持;此外,医护人员的有效沟通、同病房病友间的相互交流、出院后微信群内组织的郊游、聚餐等活动,均属于家庭外部支持。唐红霞等^[18]研究发现,Hogan 理论阶段性护理促进了宫颈癌化疗患者家庭功能的提升。刘晓燕等^[19]以直肠癌患者为研究对象,指出 Hogan 理论护理模式的应用有利于提升其领悟社会支持水平。

综上,Hogan 阶段性护理有利于促进肺癌胸腔镜手术患者术后肺功能恢复,缓解癌因性疲乏、提升自我效能及领悟社会支持水平,值得推广应用。

参考文献

[1] Thai AA, Solomon BJ, Sequist LV, *et al.* Lung cancer[J]. *The Lancet*, 2021, 398(10299): 535 - 554.

[2] Bade BC, Dela Cruz CS. Lung cancer 2020: epidemiology, etiology, and prevention [J]. *Clinics in Chest Medicine*, 2020, 41(1): 1 - 24.

[3] Hoy H, Lynch T, Beck M. Surgical treatment of lung cancer[J]. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 2019, 31(3): 303 - 313.

[4] Hung WT, Cheng YJ, Chen JS. Nonintubated thoracoscopic surgery for early-stage non-small cell lung cancer [J]. *General Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 2020, 68(7): 733 - 739.

[5] Hogan N, Morse JM, Tasón MC. Toward an experiential theory of bereavement [J]. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 1996, 33(1): 43 - 65.

[6] 钱苗红,徐彬彬.应用 Hogan 理论对宫颈癌患者配偶实施阶段性护理干预的效果 [J]. *护理管理杂志*, 2016, 16(7): 515 - 517.

[7] 邹秀青,陈银英,黄伟,等.基于 Hogan 理论护理模式对腹腔镜

下子宫肌瘤患者术后康复、胃肠功能及生活质量的影响 [J]. *国际护理学杂志*, 2022, 41(23): 4384 - 4388.

[8] 张春花,邓艳辉,刘艳.综合专案护理结合 Hogan 理论对子宫肌瘤患者术后恢复及胃肠功能的影响 [J]. *海军医学杂志*, 2020, 41(6): 728 - 731.

[9] Wu F, Wang L, Zhou C. Lung cancer in China: current and prospect [J]. *Current Opinion in Oncology*, 2021, 33(1): 40 - 46.

[10] Hung WT, Cheng YJ, Chen JS. Video-assisted thoracoscopic surgery lobectomy for lung cancer in nonintubated anesthesia [J]. *Thoracic Surgery Clinics*, 2020, 30(1): 73 - 82.

[11] Deng HY, Qiu XM, Zhu DX, *et al.* Video-assisted thoracoscopic sleeve lobectomy for centrally located non-small cell lung cancer: a meta-analysis [J]. *World Journal of Surgery*, 2021, 45(3): 897 - 906.

[12] Zhao L, Liu Z, Li L, *et al.* Effects of perioperative individualized nursing on elderly patients undergoing video-assisted thoracoscopic lobectomy [J]. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 2023, 25(5): 230.

[13] 陈梦双,马超,吐尔逊阿依·买买提.综合护理干预对胸腔镜肺癌根治术后患者负性情绪的影响 [J]. *国际精神病学杂志*, 2024, 51(3): 994 - 997.

[14] Ding Q, Zhang W, Wei L, *et al.* Application of rapid rehabilitation surgical concept in perioperative nursing of patients undergoing single-port thoracoscopic lobectomy [J]. *Minerva Medica*, 2022, 113(6): 1055 - 1056.

[15] 许敏.基于 Hogan 理论护理模式对子宫肌瘤病人术后康复、胃肠功能及生活质量的影响 [J]. *全科护理*, 2022, 20(14): 1957 - 1960.

[16] 杨千惠. Hogan 理论联合无缝隙护理手段在子宫肌瘤手术患者中的应用效果及对患者术后康复的影响 [J]. *现代诊断与治疗*, 2024, 35(6): 922 - 924.

[17] 翟宏亮,陈晓燕,许容芳,等. Hogan 理论下专案护理对乳腺癌合并糖尿病患者术后遵医行为及自我效能的影响 [J]. *中国医药导报*, 2024, 21(7): 190 - 193.

[18] 唐红霞,李雅慧,胡艳.基于 Hogan 理论阶段性护理干预对宫颈癌化疗患者家庭功能、疾病进展恐惧及不良反应的影响 [J]. *临床医学研究与实践*, 2023, 8(28): 122 - 125.

[19] 刘晓燕,韩斌. Hogan 理论护理模式对腹腔镜结直肠癌切除患者乐观倾向、领悟社会支持及术后康复的影响 [J]. *海南医学*, 2024, 35(6): 891 - 896.

(收稿日期:2024 - 11 - 01

修回日期:2025 - 01 - 03)