

延续护理模式对结直肠癌肠造口患者自我效能及自护能力的影响

刘子颖 (北京肿瘤医院, 北京 100142)

摘要: 目的 分析造口专科护士主导的延续护理模式对结直肠癌肠造口患者自我效能及自护能力的影响。方法 选取 2021 年 6 月~2022 年 12 月我院收治的 60 例结直肠癌肠造口患者为研究对象, 采用随机数字表法分为对照组和观察组各 30 例。对照组采用常规护理, 观察组在此基础上实施以造口专科护士为主导的延续护理模式, 干预 3 个月。比较两组患者干预前后自我效能感和自护能力评分。结果 干预前, 两组造口护理自我效能水平、自我护理能力 ESCA 分值比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。干预 3 个月后, 观察组自我效能水平明显高于对照组, 各项自我护理 ESCA 分值优于对照组 ($P < 0.05$)。观察组揭除造口底盘、涂撒造口护肤粉、按压造口底盘操作正确率明显高于对照组 ($P < 0.05$)。结论 以造口专科护士主导的延续护理模式能够显著改善结直肠癌肠造口患者的自护能力及自我效能感, 提高造口袋自行更换正确率, 有助于减少并发症的发生。

关键词: 肠造口; 延续护理模式; 造口专科护士; 自我效能; 自我护理

肠造口是临床为了治疗结直肠癌, 在患者腹壁所做的人工肛门, 代替原来的肛门行使排便功能。然而, 肠造口的建立改变了排便方式, 会给患者身心健康带来明显变化; 而且部分患者缺乏肠造口知识、护理要点等相关知识, 出院后极易发生并发症, 增加再住院率。有研究表明^[1], 自我效能是影响肠造口患者自护能力的重要因素。患者常因担心造口渗漏、自主排便改变等出现自卑、抑郁等心理, 自我效能显著降低, 不愿意护理造口, 甚至不肯面对肠造口的存在。因此, 如何提高肠造口患者自我效能、自护能力, 是肠造口术后护理工作的重点。

常规护理往往局限于时间、空间、专业而导致护理效果欠佳。延续性护理是住院护理的延伸, 能够让患者在院外仍持续获得专业的健康教育、生活指导等护理服务, 从而更好地改善院外生存质量^[2]。造口专科护士是专门负责肠造口护理、防治并发症工作, 为患者及其家属提供心理干预、肠造口咨询服务, 使其达到完全康复目的的专业护理人员^[3]。本研究将以造口专科护士主导的延续护理模式应用于肠造口患者中, 取得显著疗效。

1 资料和方法

1.1 临床资料

选取 2021 年 6 月~2022 年 12 月我院收治的 60 例结直肠癌肠造口患者为研究对象, 采用随机数字表法分为对照组和观察组各 30 例。对照组男 18 例, 女 12 例; 年龄 42~80 岁, 平均 (62.40 ± 11.84) 岁; 结肠癌 15 例, 直肠癌 15 例; 受文化程度: 小学 4 例, 初中 7 例, 高中 7 例, 专科 6 例, 本科及以上 6 例。观察组男 17 例, 女 13 例; 年龄 45~81 岁, 平均 (59.93 ± 10.21) 岁; 结肠癌 17 例, 直肠癌 13 例; 受文化程度: 小学 5 例, 初中 6 例, 高中 8 例, 专科 6 例, 本科及以上 5 例。两组基线资料对比差异未见统计学意义 ($P > 0.05$), 有可比性。

纳入标准: 病理活检确诊为结直肠癌; 符合肠造口手术指征, 首次行造口术; 意识清楚, 沟通交流正常; 自愿配合院外延续护理工作, 签订同意书。排除标准: 认知功能障碍, 或文化程度为文盲; 伴有严重心肺肝肾等脏器疾病, 或有严重血液系统疾病, 或重症感染性疾病; 入组时出现吻合口瘘等并发症。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组采用常规护理

肠造口术后由责任护士根据标准化造口护理流程对患者实施造口观察、护理干预及健康宣教。患者出院后，责任护士对患者进行跟踪随访，每月电话了解患者造口护理情况，并嘱其定期到院复查。

1.2.2 观察组在对照组基础上实施以造口专科护士为主导的延续护理模式

(1) 成立延续护理小组：由造口专科护士、责任护士组成延续护理小组。患者出院前，延续护理小组成员共同对患者进行查房，给患者、家属播放居家更换造口袋的操作视频，并指导患者自行更换造口袋。以提问、评估、信息传递等形式向患者进行造口袋护理健康宣教，时间约为 15~30 min，使患者和家属能够更好、全面地掌握护理知识。出院前 1 d，对患者造口护理技能进行考核评估（主要评估患者造口袋更换操作的规范性），查缺补漏，调整宣教方案和随访计划。

(2) 微信延续性护理随访：科室建立“肠造口护理群”，由造口专科护士作为该微信群的管理者，责任护士邀请患者或家属加微信群。造口专科护士每周在微信群内分享至少 2 篇肠造口护理科普文章或视频。嘱患者在院外遇到肠造口护理问题可及时在微信群内咨询，由肠造口专科护士答疑解惑，并鼓励患者积极在群内分享交流肠造口护理经验，提高自信心。造口专科护士每 2 周以微信语音或视频通话了解患者造口、造口袋更换状况，指导正确的造口袋使用、更换流程及居家护理注意事项，并在沟通交流过程中了解患者的心理状态，适时应用心理疏导、情感支持等缓解其负性情绪。两组均干预 3 个月。

1.3 观察指标

(1) 比较两组患者干预前、干预后自我效能水平：应用造口自我效能量表 (SSES)^[4] 进行评价，该量表包括造口护理效能 (13 个条目)、社会自我效能 (9 个条目) 2 个维度及 6 个单独条目 (饮食、造口自理、性生活满意度等效能)，各条目应用 Likert 5 级评分法，1 分为完全没有信心，5 分为

非常有信心，≥88 分为自我效能高，45~87 分为中等水平，<45 分为低水平，分值越高提示自我效能越好。

(2) 比较两组干预前、干预后自我护理能力评分变化：应用自我护理力量表 (ESCA)^[5] 进行评估，包括自我护理技能、自我责任感、健康知识水平、自我护理概念 4 个方面，共 43 个条目，每个条目 0~4 级评分，总分 0~172 分，分值愈高提示患者自护能力愈高。

(3) 比较两组患者干预 3 个月造口袋更换操作正确率：包括揭除造口底盘、涂撒造口护肤粉、按压造口底盘操作是否正确，均由造口专科护士评价。

1.4 统计学方法

应用 SPSS 22.0 统计学软件进行数据分析，计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 进行统计学描述，采用 t 检验，计数资料用例数 (%) 进行统计学描述，采用 χ^2 检验，等级资料采用秩和检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组自我效能水平比较

干预前，两组自我效能水平对比差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。干预 3 个月后，观察组自我效能水平明显高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 1。

组别	干预前			干预后		
	高水平	中等水平	低水平	高水平	中等水平	低水平
观察组 (n=30)	1 (3.33)	16 (53.33)	13 (43.33)	16 (53.33)	12 (40.00)	2 (6.67)
对照组 (n=30)	2 (6.67)	16 (53.33)	12 (40.00)	10 (33.33)	12 (40.00)	8 (26.67)
Z	0.386			2.020		
P	0.699			0.043		

2.2 两组自我护理能力比较

干预前，两组各项自我护理能力 ESCA 分值比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。干预 3 个月后，观察组各项自我护理 ESCA 分值显著高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

表2 两组自我护理能力比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	自我护理技能		自我责任感		健康知识水平		自我护理概念	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组 (n=30)	18.53 ± 2.46	24.87 ± 2.62	13.07 ± 1.17	19.00 ± 2.07	35.33 ± 3.00	49.63 ± 3.76	13.27 ± 1.31	17.33 ± 1.47
对照组 (n=30)	18.00 ± 2.55	23.00 ± 2.95	13.57 ± 1.59	17.03 ± 1.94	34.60 ± 3.02	46.40 ± 3.27	13.17 ± 1.32	16.40 ± 1.30
<i>t</i>	0.825	2.591	1.386	3.801	0.943	3.554	0.295	2.603
<i>P</i>	0.413	0.012	0.171	<0.001	0.349	0.001	0.769	0.012

2.3 两组造口袋更换操作正确率比较

干预3个月后,观察组揭除造口底盘、涂撒造口护肤粉、按压造口底盘操作正确率明显高于对照组 ($P < 0.05$)。见表3。

表3 两组造口袋更换操作正确率比较 [n (%)]

组别	揭除造口底盘	涂撒造口护肤粉	按压造口底盘
观察组 (n=30)	27 (90.00)	28 (93.33)	29 (96.67)
对照组 (n=30)	20 (66.67)	22 (73.33)	24 (80.00)
χ^2	4.812	4.320	4.043
<i>P</i>	0.028	0.038	0.044

3 讨论

肠造口是当前临床解决结肠癌患者肠管切除后排便功能障碍的主要术式,但疾病治疗、术后生理功能改变极易导致患者心理痛苦,产生不同程度的负性情绪,不利于术后恢复。肠造口患者术后至出院时间较短,造口护理主要由患者本人或其家属执行,因此加强肠造口患者延续护理干预有重要的意义^[6]。本研究结果显示,观察组干预3个月后的自我效能水平明显高于对照组 ($P < 0.05$)。自我效能指个体对执行某一行为并达到预期结果的自信心。部分肠造口患者由于对排便方式改变、臭味等感到厌恶,不愿自主护理,多依靠护士、家属更换,而家属与护士的关心会强化患者角色,导致其依赖性增强,即便在病情好转后也不愿自行护理造口,自我效能普遍低下。以造口专科护士为主导的延续护理模式会为患者提供持续性、专业的康复指导,有助于提高患者对专科护士的信任感,建立良好的护患关系,树立战胜疾病的信心。同时,专科护士在实施延续护理期间,会注意观察患者的心理变化,并给予针对性的情感支持、心理疏导,帮助减轻心理负担,进而显著提高患者自我效能感。

此外,干预3个月后,观察组自我护理ESCA分值优于对照组,揭除造口底盘、涂撒造口护肤粉、按压造口底盘操作正确率明显高于对照组 ($P < 0.05$)。提示造口专科护士为主导的延续护理模式能够显著提升肠造口患者的自护能力。造口专科护士为主导的延续护理小组会以视频、示范等多种形式在患者出院前对其进行肠造口知识及护理要点健康宣教,帮助患者充分了解肠造口护理技巧、并发症防治方法,增强其认知水平,还能够提高患者对肠造口并发症防治的风险意识,进而主动改善自身护理能力。在延续护理期间,肠造口护士建立微信群与患者、家属保持持续联系,及时解决患者居家护理中存在的问题。微信群的成立还有助于加强肠造口病友之间的交流,在调动患者自护积极性的同时,促进意识、行为的改变。造口护士会通过微信定期评估患者肠造口情况,针对性提供护理指导,使宣教更具个体化和有效性,促进患者疾病转归。

综上所述,以造口专科护士主导的延续护理模式能够显著改善结肠癌肠造口患者自护能力及自我效能感,临床应用价值显著。

参考文献

- [1] 赵煜华,王俊霞,张瑞星.自我效能在肠造口患者护理中的应用研究进展[J].护理研究,2020,34(4):683-685.
- [2] 赵娜,郑海平,冯美丽,等.多学科协作式延续性护理在直肠癌造口患者中的应用效果[J].临床与病理杂志,2022,42(12):3099-3106.
- [3] 周桂兰,苏梅芳,洪菁,等.以造口伤口治疗师为主导的个案管理对肠造口患者自我管理能力的研究[J].中国实用护理杂志,2019,35(27):2129-2132.
- [4] 沈燕,施新燕,鲍丽超,等.自我效能模式对肠造口患者自我管理能力的研究[J].中国现代医生,2020,59(30):172-175.
- [5] 岳园园,史晓娇,柴秀红.强化自我效能干预对永久性肠造口患者自我效能及自护能力的影响[J].中国肛肠病杂志,2020,40(10):60-62.
- [6] 佐品.微信平台延续性护理对肠造口患者护理效果的影响[J].中国实用护理杂志,2022,38(6):443-449.