

“五位一体”健康教育模式对肠造口患者自我护理能力及心理状态的影响

陆秀儿 项远飞

结直肠癌患者一般首选手术治疗,肿瘤切除联合肠造口术是其主要手术方式^[1]。但造口会给患者工作和日常生活带来诸多不便,导致焦虑、恐惧、抑郁等心理现象,这需要护理人员尽快帮助患者从生活上和心理上适应新的排泄方式^[2]。“五位一体”健康教育模式,即采用看、讲、示、练、考的方法,通过患者、家属、护士共同参与,强化集体的作用,帮助提高患者的造口护理能力和改善心理状态^[3]。本次研究旨在针对肠造口患者应用“五位一体”健康教育模式,探讨其对自我护理能力和心理状态的影响,为肠造口患者的健康教育模式提供参考依据。

1 资料与方法

表1 两组患者一般资料比较

组别	n	性别 (男/女)	年龄/岁	肿瘤部位/例		文化程度/例	
				结肠	直肠	高中以下	高中及以上
观察组	30	18/12	53.13 ± 6.25	19	11	22	8
对照组	30	20/10	54.56 ± 6.47	21	9	20	10

1.2 方法 对照组采用常规护理方法,即责任护士对患者和家属给予口头宣教,示范、指导造口袋的更换及注意事项,并解答患者的疑问。观察组采用“五位一体”的健康教育模式:

1.2.1 术前 ①看:发放造口相关宣教册,安排患者及家属观看更换造口的视频,使其对造口护理有初步的了解。②讲:集中讲解造口的相关知识、疾病特点、治疗方案、日常护理等要点及注意事项,还有护理过程中可能发生的并发症及其应对措施等;

1.1 一般资料 选择杭州市富阳区第一人民医院肿瘤外科2018年1月至2019年9月收治的结直肠癌并行肠造口手术的患者共60例作为研究对象,其中男性38例、女性22例;年龄48~65岁,平均年龄(53.81±6.34)岁。纳入标准为:①年龄18~70周岁;②经病理确诊为结直肠癌,并行肠造口;③意识清楚、沟通无障碍,能积极配合。排除标准为:①有精神病或精神病史;②接受急诊手术。本次研究经本院伦理委员会批准开展,所有患者均自愿参与并签署知情同意书。随机分为观察组30例与对照组30例。两组患者的一般资料见表1,两组比较,差异均无统计学意义(P 均>0.05)。

并对患者的担忧和焦虑等心理进行针对性疏导,给予积极心理支持。③示:利用医学仿真模型反复示范造口袋更换及护理流程。④练:一对一指导患者和家属在模型上进行造口周围皮肤清洁、造口袋更换、并发症预防和造口扩张训练等实践。⑤考:经过以上步骤后,护士向患者或家属提问造口护理有关知识,并在仿真模型上进行操作考核,若考核情况不良,仍需强化上面步骤,直至家属和患者掌握为止。

1.2.2 术后 ①责任护士在床旁观察患者和家属更换造口的过程,发现问题予以现场指出并纠正。②患者出院前在护士指导下参与更换和护理造口袋2次及以上,以便提高和巩固造口的护理能力。同时护士也会告知家属及患者加强康复和参加社

DOI:10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2020.010.028

基金项目:杭州市卫生计划项目(2018B051)

作者单位:311400 浙江杭州,杭州市富阳区第一人民医院临床技能中心(陆秀儿),肿瘤外科(项远飞)

交活动的重要性,鼓励造口患者融入群团生活。

1.3 观察指标

1.3.1 造口自我护理能力:干预前和干预后出院时采用由美国学者 Yamashita^[4]研制的自我护理能力量表,主要包括自我护理技能、自我责任感、自我概念、健康知识水平4个维度,共计43个条目,分值越高表明患者自我护理能力越强。

1.3.2 心理状态:分别以焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)和抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)评定患者心理状态,得分越高,说明焦虑、抑郁越严重。总分大于50分,提示患者存在焦虑或抑郁症。

1.3.3 并发症发生率:出院随访6个月观察并记录两组肠造口患者相关并发症的发生率。造口并发症包括造口周围皮肤炎症、造口周围水肿、造口狭窄、造口旁疝。

1.4 统计学方法 采用SPSS 22.0统计软件进行分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,两组间比较采用两独立样本 t 检验,组内比较采用配对 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。设 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后造口自我护理能力评分情况见表2

表2 两组患者干预前后自我护理能力评分情况/分

组别		自我护理能力总分	自我护理技能	自我责任感	自我概念	健康知识水平
观察组	干预前	89.21 ± 8.43	22.03 ± 4.37	14.32 ± 2.53	15.14 ± 2.86	37.72 ± 4.69
	干预后	114.68 ± 9.78*#	29.39 ± 4.58*#	19.61 ± 2.84*#	20.12 ± 3.23*#	45.56 ± 4.18*#
对照组	干预前	90.52 ± 8.67	23.45 ± 3.68	13.55 ± 3.01	15.36 ± 2.79	37.38 ± 4.27
	干预后	96.83 ± 8.17*	24.21 ± 3.16*	16.53 ± 2.21*	17.34 ± 2.92*	38.75 ± 3.64*

注: *:与同组干预前比较, $P < 0.05$; #:与对照组干预后比较, $P < 0.05$ 。

由表2可见,干预前,两组患者各维度和总分比较,差异无统计学意义(t 分别=0.59、0.26、0.37、0.30、0.29, P 均 > 0.05);干预后两组自我护理技能、自我责任感、自我概念、健康知识水平及自我护理能力总分评分均明显高于干预前(t 分别=10.80、6.37、7.62、6.32、6.84; 2.90、2.86、4.37、2.69、1.34, P 均 < 0.05),且干预后观察组各维度及总分比对照组更高,差异具有统计学意义(t 分别=7.67、5.10、4.69、3.50、6.73, P 均 < 0.05)。

2.2 两组患者干预前后SAS、SDS评分比较见表3

表3 两组患者干预前后SAS、SDS评分比较/分

组别		SAS评分	SDS评分
观察组	干预前	70.13 ± 8.25	66.52 ± 7.41
	干预后	39.53 ± 6.74*#	44.23 ± 6.34*#
对照组	干预前	69.74 ± 7.86	65.29 ± 7.17
	干预后	49.27 ± 7.38*	53.82 ± 6.77*

注: *:与同组干预前比较, $P < 0.05$; #:与对照组干预后比较, $P < 0.05$ 。

由表3可见,干预前两组患者SAS、SDS评分比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.19、0.69, P 均 > 0.05),观察组干预后SAS、SDS评分明显低于对照组,差异具有统计学意义(t 分别=-5.36、-5.72, P 均

< 0.05)。

2.3 两组患者并发症发生率比较 观察组出院6个月内发生造口周围水肿2例,总发生率4.03%;对照组出院6个月内发生造口周围皮肤炎症3例、水肿3例、造口狭窄2例、造口旁疝1例,总发生率18.02%。观察组患者造口相关并发症发生率明显低于对照组,差异具有统计学意义($\chi^2 = -5.46$, $P < 0.05$)。

3 讨论

肠造口手术改变了患者正常的生理通道和排便方式,此时患者容易出现消极、自卑心理,严重影响患者的生活质量^[5]。如果缺乏专业的造口护理指导,患者还极有可能发生造口周围皮肤炎症、造口狭窄、造口周围水肿等并发症^[6]。当患者对疾病的相关知识了解更多或者当术后的自我护理能力越强时,在其日常生活中则能够更好地护理造口,提高自身生活质量,降低并发症的发生率^[7]。“五位一体”健康教育模式可以帮助患者正确认识疾病,消除患者因缺乏足够的知识和实践而产生的不良心理,并教授患者掌握造口袋更换及护理具体流程,预防并发症的发生。

本次研究结果显示,观察组实施护理干预后,各项自我护理能力评分均高于对照组,说明“五位

一体”健康教育模式可有效提高肠造口患者的自我护理能力。原因可能是护理人员从看、讲、示、练、考五个方面对患者及其家属进行全方位的造口护理宣教,可将复杂、无序的宣教内容进行层次分明的展示,帮助受教育者理解记忆和思考,可激发患者及家庭照顾者主动学习的积极性,提高其对疾病相关知识和技能的掌握程度,帮助培养和获得有效的护理技能^[8]。

本次研究结果显示,健康教育干预后两组患者SAS、SDS评分明显低于干预前,且采用“五位一体”健康教育模式护理干预的患者SAS、SDS评分明显低于对照组(P 均 <0.05)。表明护理干预后,肠造口患者焦虑、抑郁等症状有效减轻,且“五位一体”健康教育模式护理干预对肠造口患者的焦虑、抑郁等症状的改善效果优于常规护理组,对患者的进步给予充分的肯定,提高患者的积极性及自信心,加快对肠造口的适应及术后康复,使其调整心态,解除顾虑^[9]。

本次研究还发现,“五位一体”健康教育模式护理干预后,患者造口相关并发症的发生率明显低于对照组(P 均 <0.05)。说明“五位一体”健康教育模式通过模型等可以帮助患者更直观地识别造口存在的潜在问题及并发症,更全面地掌握常见肠造口及周围皮肤并发症的处理方法,有利于降低患者并发症的发生率^[10]。

综上所述,“五位一体”健康教育模式在肠造口患者中的应用效果较好,可明显提高肠造口患者的自我护理能力,改善患者的心理状态,降低患者并发症发生率。另外,由于本次研究样本有限,且随访时间不足,今后将扩大样本量,延长随访时间,以

进一步验证“五位一体”健康教育模式对肠造口患者的自我护理能力及心理状态的有效作用。

参考文献

- 1 顾晋,汪建平.中国结直肠癌诊疗规范(2017年版)[J].中华临床医师杂志(电子版),2018,12(1):92-106.
- 2 柯秀柳,姚秋琼,初丽丽.直肠癌Miles手术患者护理中全程优质护理的应用效果分析[J].实用临床护理学电子杂志,2017,2(15):126-127.
- 3 姜思思,庄小英,王苏宾.互动护理模式在肠造口术后患者康复管理中的应用[J].齐鲁护理杂志,2016,31(6):36-38.
- 4 Yamashita M.The exercise of self-care agency scale [J]. West J Nurs Res,1998,20(3):370-381.
- 5 何小霞,潘宝莹,徐学虎,等.基于积极心理学的延续护理结合PDSA循环对肠造口患者自我效能感的影响[J].中华现代护理杂志,2016,22(36):5202-5207.
- 6 蔡建利,沈丽娟,鲍丽超,等.造口袋更换口诀在肠造口术后患者中的应用[J].中华护理教育,2017,14(12):926-929.
- 7 汤娟,杨宁琳,梁辉,等.多元化健康教育对代谢手术患者生活质量的影响[J].中西医结合护理(中英文),2016,2(9):14-15.
- 8 张健芳.延续护理对直肠癌永久性肠造口患者生存质量及自护能力的影响[J].黑龙江医学,2016,40(4):370-371.
- 9 叶维林,郝改艳.个体化健康教育改善直肠癌患者术后生存质量的临床研究[J].实用临床医药杂志,2016,20(14):95-97.
- 10 范婧慧,孙璇,汪厚术.回肠造口患者基于思维导图健康教育的效果观察[J].护理学报,2019,26(20):69-73.

(收稿日期 2020-05-14)

(本文编辑 蔡华波)