

· 临床护理 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2023.02.030

网络首发 [https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20221020.1825.017.html\(2022-10-21\)](https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20221020.1825.017.html(2022-10-21))

康复前移模式对大肠癌行造口术患者负性情绪、自我护理能力及生存质量的影响*

徐文博, 李 里[△]

(锦州医科大学附属第一医院普外大肠科, 辽宁锦州 121000)

[摘要] 目的 探讨康复前移模式对大肠癌行造口术患者负性情绪、自我护理能力与生存质量的影响。

方法 选取 2020 年 8 月至 2021 年 8 月该院收治的大肠癌行造口术患者 80 例, 随机分为试验组和对照组, 每组 40 例。试验组采用康复前移模式护理, 对照组行常规护理, 3 个月后对比两组患者干预前后的心理状态、自我护理能力、生存质量、造口并发症的发生率。**结果** 干预后, 两组患者的焦虑自评量表得分较干预前降低, 试验组低于对照组; 躯体功能、角色功能、情绪功能、认知功能、社会功能和总体健康状况得分均较干预前升高, 试验组高于对照组, 疲倦、疼痛、恶心呕吐得分均较干预前降低, 试验组低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。试验组患者自我护理能力及各维度得分均高于对照组, 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** 相较常规护理, 康复前移模式能更好改善大肠癌行造口术患者的心理状态, 降低并发症的发生, 提高患者的自我护理能力和生存质量。

[关键词] 大肠癌; 造口; 康复前移模式; 自护能力; 生存质量

[中图分类号] R473.73 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8348(2023)02-0311-04

大肠癌包括结肠癌及直肠癌, 是消化道常见的恶性肿瘤之一, 行手术切除是主要的治疗方法。根据病变部位及患者自身情况, 部分患者还需行预防性造口术或永久性造口术。患者术后因排便方式及自我形象的改变而难以接受, 从而对生理、心理及社会交往产生极大的影响^[1]。常规的护理模式虽然能够对患者的康复有所指导, 但自我护理水平不高, 容易产生自卑、抑郁的心理, 对日常生活造成一定的不便, 从而影响生存质量。康复前移模式是将临床康复护理工作前移, 通过早期的康复训练, 使患者及家属早期了解康复的内容和方法^[2]。本研究旨在探讨康复前移模式对大肠癌行造口术患者心理、自我护理能力及生存质量的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 8 月至 2021 年 8 月在本院收治的确诊为大肠癌行预防性造口术或永久性造口术的患者 80 例。纳入标准: 符合《中国结直肠癌诊疗规范(2020 年版)》诊断标准^[3]; 行造口术; 文化程度为小学及以上, 具有基本读写、沟通能力; 无其他脏器转移; 自愿参加本研究, 已签署知情同意书。排除标准: 意识障碍; 有明确精神病史; 其他基础疾病急性期; 合并严重

心、脑、肾器官功能障碍。本研究经医院伦理委员会批准(202247)。按病历号进行随机分组, 奇数进入试验组, 偶数进入对照组, 每组 40 例。两组患者的一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$), 见表 1。

1.2 方法

1.2.1 测量工具

一般资料问卷由研究者自行设计, 内容包括患者的性别、年龄、文化程度、职业、经济情况、病变部位及患者家属情况等。焦虑自评量表(SAS)是临床研究最常用的心理测量工具之一^[4], 能够较好地反映受试者焦虑倾向的主观感受, 测量焦虑状态轻重程度。共包含 20 个项目, 采用 1~4 分的 4 级计分制。按照中国常模标准 SAS 分界值为 50 分, < 50 分为无焦虑, $50 \sim < 60$ 分为轻度, $60 \sim < 70$ 分为中度, ≥ 70 分为重度。自我护理能力量表(ESCA)^[5]包括自我概念、自我护理责任感、自我护理技能、健康知识水平 4 个维度 43 个条目, 每条得分 0~4 分, 满分 172 分, 得分越高, 说明自我护理能力越强。癌症患者生存质量量表(QLQ-C30)选用欧洲癌症研究与治疗组织的量表, 中文版由万崇华等^[6]翻译, 分别从 5 种功能领域(躯体、角色、认知、情绪和社会)、3 种症状领域(疲劳、疼痛、恶心呕吐)、总体健康状况对患者的生存质量进行

* 基金项目: 辽宁省教育科学“十三五”规划课题项目(JG18DB184)。 作者简介: 徐文博(1987—), 主管护师, 硕士, 主要从事临床护理、护

理教育研究。 [△] 通信作者, E-mail: 1098042918@qq.com。

测量。功能领域和总体健康状况得分越高,说明生存质量越好,症状领域得分越高,说明症状问题越多,生存质量越差。

表 1 研究对象一般资料比较[n(%),n=40]

项目	试验组	对照组
性别		
男	22(55.00)	24(60.00)
女	18(45.00)	16(40.00)
文化程度		
小学	18(45.00)	17(42.50)
初中	16(40.00)	18(45.00)
高中	5(12.50)	4(10.00)
大专及本科	1(2.50)	1(2.50)
职业		
农民	9(22.50)	8(20.00)
工人	6(15.00)	8(20.00)
服务业及个体	6(15.00)	5(12.50)
干部公务员	1(2.50)	2(5.00)
无业(包括退休)	18(45.00)	17(42.50)
家庭月收入		
<1 000 元	2(5.00)	2(5.00)
1 000~<3 000 元	6(15.00)	8(20.00)
3 000 元~<5 000 元	26(25.00)	25(62.50)
≥5 000 元	6(15.00)	5(12.50)
病变部位		
结肠癌	16(40.00)	18(45.00)
直肠癌	24(60.00)	22(55.00)
医疗保险		
医保	12(30.00)	14(35.00)
农合	25(62.50)	24(60.00)
其他	3(7.50)	2(5.00)
患者家属		
子女	23(57.50)	22(55.00)
配偶	11(27.50)	10(25.00)
其他	6(15.00)	8(20.00)

表 2 两组患者干预前后 ESCA 评分比较($\bar{x}\pm s$,n=40,分)

项目	组别	自我概念	自护责任感	自护技能	健康知识水平	总分
干预前	试验组	19.40±2.61	16.25±1.75	24.88±4.92	32.20±5.09	92.65±10.52
	对照组	19.80±2.77	16.63±1.66	25.03±4.27	30.85±5.35	92.57±9.32
	<i>t</i>	-0.62	-0.91	-0.13	1.13	-0.03
	<i>P</i>	0.54	0.37	0.89	0.27	0.97
干预后	试验组	27.20±2.50	23.40±2.04	35.45±4.42	37.75±4.69	123.75±10.21

1.2.2 研究方法

干预前由护士评估患者的心理状况、生存质量、自我护理能力。对照组给予常规护理,在手术前一天进行术前指导,术后患者生命体征平稳后行康复指导,包括饮食、活动、造口护理等相关知识,出院当天进行出院康复指导。试验组在常规护理基础上采用康复前移模式。心理干预前移:入院后第 2 天,与患者及家属进行沟通,鼓励患者对护士倾诉,了解患者的内心想法。确定手术方式后,对患者及家属讲解手术的过程,造口的相关知识与护理,告知患者术后会出现排便方式的改变,让患者有一定的心理准备。并列举成功的病例安慰患者,减轻其心理的焦虑恐惧,提高患者护理的依从性^[7],使其能够接纳自己。理论培训前移:在入院至手术前对患者及家属进行 1 次理论讲座,讲解疾病、造口护理相关知识。在确定手术方式后,向患者及家属示范造口袋的作用、使用方法、更换技巧。术后患者生命体征平稳后,指导患者进行早期康复训练,讲解造口皮肤的护理方法、造口并发症的预防与护理。出院指导前移:在患者出院前一天对家属的日常护理知识、造口更换技能进行指导与考核,居家护理期间与家属保持电话或微信联系。3 个月后再评估患者的心理状况、生存质量、自我护理能力,以及造口并发症的发生率。

1.3 统计学处理

采用 SPSS22.0 统计软件进行分析。计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用 *t* 检验;计数资料以例数或率表示,采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者干预前后 SAS 评分比较

干预后,试验组、对照组患者 SAS 评分分别为(29.30±5.19)分、(39.20±5.60)分,均较干预前(57.90±6.79)分、(57.22±6.60)分降低,且试验组低于对照组($P<0.05$)。

2.2 两组患者干预前后 ESCA 评分比较

干预后,试验组患者 ESCA 评分各项得分及总分均高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

续表 2 两组患者干预前后 ESCA 评分比较($\bar{x} \pm s, n=40, \text{分}$)

项目	组别	自我概念	自护责任感	自护技能	健康知识水平	总分
	对照组	22.30±2.68	19.00±1.85	26.08±4.13	34.00±3.37	101.37±8.51
	<i>t</i>	8.43	10.66	8.72	4.29	9.76
	<i>P</i>	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

2.3 两组患者干预前后 QLQ-C30 评分比较

干预后,两组患者躯体功能、角色功能、认知功能、情绪功能、社会功能和总体健康状况得分均高于干预前,且试验组高于对照组,差异均有统计学意义

($P < 0.05$);疲倦、疼痛、恶心呕吐的得分均低于干预前,且试验组低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

表 3 两组患者干预前后 QLQ-C30 评分比较($\bar{x} \pm s, n=40, \text{分}$)

项目	组别	躯体功能	角色功能	认知功能	情绪功能	社会功能
干预前	试验组	55.38±7.44	49.93±5.92	56.18±5.01	55.38±5.45	41.63±4.99
	对照组	55.10±8.35	50.30±6.38	57.00±4.57	55.45±5.05	43.55±4.66
	<i>t</i>	-0.18	-0.31	-0.89	-0.07	-1.64
	<i>P</i>	0.85	0.76	0.38	0.95	0.11
干预后	试验组	71.70±8.80	66.50±5.17	74.88±4.29	73.03±6.50	61.28±5.48
	对照组	65.25±7.80	54.70±5.38	61.62±3.87	63.30±5.25	51.05±4.30
	<i>t</i>	3.87	9.36	13.60	7.40	7.86
	<i>P</i>	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

项目	组别	总体健康状况	疲倦	疼痛	恶心呕吐
干预前	试验组	53.08±8.67	45.90±4.47	27.08±4.80	32.73±4.31
	对照组	52.38±7.49	45.10±4.62	25.02±4.98	32.60±4.12
	<i>t</i>	0.39	0.81	1.71	-0.14
	<i>P</i>	0.69	0.42	0.09	0.89
干预后	试验组	68.83±8.78	35.58±4.33	19.83±3.83	21.48±4.22
	对照组	60.55±7.49	39.30±3.71	23.05±4.96	26.33±3.84
	<i>t</i>	4.73	-4.55	-2.99	-5.09
	<i>P</i>	<0.01	<0.01	0.01	<0.01

2.4 两组患者并发症的发生率比较

干预后,试验组患者造口并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 4。

表 4 两组患者并发症发生率比较[$n(\%)$, $n=40$]

组别	出血	狭窄	回缩	周围皮肤损伤	合计
试验组	0	1(2.50)	0	1(2.50)	2(5.0)
对照组	1(2.50)	1(2.50)	2(5.00)	3(7.50)	7(17.5)
χ^2					4.51
<i>P</i>					0.03

3 讨 论

大肠癌术后的患者应激反应较为强烈,有研究表明,造口患者的心理问题是普通人群的 4 倍^[8]。因临时或永久造口产生排便方式、自我形象的改变、出行

不方便等问题,患者会出现一种羞耻感和自卑情绪^[9],从而影响患者的日常生活及社会交往^[10]。以往临床上采用的常规护理,主要为遵医嘱对患者进行对症护理,往往在患者已出现了生理或心理的不良反应之后,缺乏主动性、前瞻性,不利于患者远期的康复。康复前移模式是将心理护理、康复训练、健康宣教等工作进行前移,主要集中在术前,也为其他护理工作的开展打下基础。通过术前对患者针对性的心理、生理干预,来提高患者的心理与生理储备机能^[11],从而加快患者术后的康复,提高患者的生存质量。通过心理护理前移,可以让患者在入院和手术前就对自己可能出现的改变有一定的了解,进而接纳术后身体意象,对自身树立一个积极的评价,在术后更好地配合医疗护理工作。通过康复训练前移,可以让患者对自

身的疾病及预后有更多的认识,更为重视早期的功能锻炼,能够主动地学习造口的护理知识,提高自我护理能力。通过出院指导前移,可以让患者与家属了解到造口只是另一种排便形式,只要出院后护理得当,也能进行正常的生活和工作,使患者尽早地回归家庭与社会。

本研究结果显示,干预后两组患者 SAS 评分均较干预前降低,且试验组低于对照组($P < 0.05$)。表明康复前移模式能减轻患者的焦虑,排解患者的负性情绪,帮助其以积极乐观的心态参与治疗。试验组患者 ESCA 各项得分及总分均高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。表明康复前移模式较常规护理更能有效提升大肠癌行造口术患者的自护能力。患者提升了自身的责任感,更会意识到掌握一些基本自护知识和技能对维持身体健康和生存质量的重要性,更充分调动和激发了主观能动性,由被动接受转为主动参与,以更好地适应疾病状况。干预后,两组患者 QLQ-C30 评分功能领域(躯体、角色、认知、情绪、社会)和总体健康状况的得分均较干预前升高,且试验组高于对照组,症状领域(疲劳、疼痛、恶心呕吐)得分均较干预前降低,且试验组低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。表明康复前移模式能提高大肠癌行造口术患者生理、心理、社会等方面的健康水平,从而提高生存质量。通过健康宣教前移,可以使患者获得更多的信息支持^[12],引导其更多的关注自身健康,合理饮食,加强锻炼,适当参与社会交往等,适应并学会缓解症状及不良反应的影响。试验组患者造口并发症的发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。康复前移模式能有效降低造口并发症发生率,提高患者生理功能、心理功能、社会交往功能适应水平。这是因为通过康复训练前移,提高患者对造口的适应性,不断增进其自我调整能力和对造口的接受度,从而提升造口管理意愿和遵医行为依从性,提升造口管理质量^[13],从而改善患者生存质量。

综上所述,康复前移模式较常规护理能更好改善大肠癌行造口术患者的心理状态,有利于患者术后的恢复,降低造口并发症的发生,提高患者的自我护理能力和生存质量。

参考文献

[1] BRAY F, FERLAY J, SOERJOMATARAM I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality

worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA Cancer J Clin, 2018, 68(6):394-424.

- [2] 李波,季万丽,王秀琴. 康复前移模式在全喉切除术后病人护理中的应用效果[J]. 护理研究, 2021, 35(21):3921-3923.
- [3] 国家卫生健康委员会. 中国结直肠癌诊疗规范(2020年版)[J]. 中华外科杂志, 2020, 58(8):561-585.
- [4] 陶明,高静芳. 修订焦虑自评量表(SAS-CR)的信度及效度[J]. 中国神经精神疾病杂志, 1994(5):301-303.
- [5] WANG H H, LAFFREY S C. Preliminary development and testing of instruments to measure self-care agency and social support of women in Taiwan[J]. Kaohsiung J Med Sci, 2000, 16(9):459-467.
- [6] 万崇华,陈明清,张灿珍,等. 癌症患者生命质量测定量表 EORTC QLQ-C30 中文版评价[J]. 实用肿瘤杂志, 2005(4):353-355.
- [7] 温丽珊,廖丰云,曾丽. 对肠造口患者实施康复护理的效果[J]. 中国社区医师, 2019, 35(36):182-184.
- [8] 欧密,江帆,罗群,等. 永久性肠造口病人心理康复研究进展[J]. 全科护理, 2018, 16(11):1303-1305.
- [9] 欧密,杨明莹. 病耻感对肠造口患者生活质量影响的研究进展[J]. 国际护理学杂志, 2017, 36(13):1729-1731, 1870.
- [10] 胡琼丽,郑红. 4C 延续性护理对永久性肠造口患者生活质量及自我护理能力的影响[J]. 健康研究, 2018, 38(2):240-241.
- [11] 赫子懿,黄卫东,赵玉倩,等. 基于康复前移理念的护理干预在膝关节置换术患者中的应用研究[J]. 吉林医学, 2021, 42(4):1019-1021.
- [12] 李雪芹,陈晓芳,张菲霞,等. 正念减压联合认知行为干预在产前焦虑患者中的应用[J]. 国际精神病学杂志, 2020, 47(2):351-354.
- [13] 张彦,李东亮,王玉玉,等. 基于微信平台的延续性护理对直肠癌造口术患者管理质量及自护能力的影响[J]. 护理实践与研究, 2020, 17(19):84-86.