

本文引文格式:陶嘉怡,韦桂源,陈晓通,等.基于5E康复模式的护理干预在肠造口患者的应用[J].右江民族医学院学报,2024,46(3):439-442.

【临床护理】

基于5E康复模式的护理干预在肠造口患者的应用

陶嘉怡¹,韦桂源¹,陈晓通²,黎青云³,农婵媛¹,农明⁴

1. 右江民族医学院护理学院,广西 百色 533000;
2. 广西南宁市第二人民医院胸心血管肝胆胰外科,广西 南宁 530031;
3. 右江民族医学院附属医院胃肠外科,广西 百色 533000;
4. 右江民族医学院附属医院神经外科重症,广西 百色 533000)

摘要:目的 探讨基于5E康复模式的护理干预在肠造口患者的应用效果。方法 依据随机数字表法将67例肠造口患者分为干预组(34例)与对照组(33例),干预组实施基于5E康复模式的护理干预,对照组实施常规的出院随访护理。分别于出院前48 h内、出院1个月、出院3个月,采用肠造口患者造口知信行量表、造口自我护理量表、造口患者生活质量量表进行评价。结果 两组患者造口知信行得分、造口自我护理能力得分和生活质量得分在时间效应、组间效应、交互效应上均有统计学意义($P < 0.001$),进一步分析结果显示,干预组出院后1个月、3个月的造口知信行得分、造口自我护理能力得分和生活质量得分优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.001$)。结论 基于5E康复模式的护理干预可提高肠造口患者的造口知信行水平和造口自我护理能力,改善肠造口患者出院后的生活质量。

关键词:肠造口术;5E康复模式;造口知信行;造口自我护理能力

中图分类号:R473 **文献标识码:**C **文章编号:**1001-5817(2024)03-0439-04

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2024.03.028

结直肠癌(colorectal cancer, CRC)是一种常见的恶性肿瘤,其发病率和死亡率仍处于上升趋势^[1]。手术治疗依然是CRC治疗的主要方法之一^[2],其中,接受CRC手术治疗的患者中有78.5%^[3]需要进行肠造口术。肠造口术虽然挽救了CRC患者的生命,但面对陌生的造口和排便方式,严重影响患者的生活方式、社会交往等。肠造口患者的护理主要以居家护理为主,因此,患者在出院后承担了自我护理造口和管理疾病的重要责任。肠造口患者居家护理需求形式多样,亟需医护人员、社会等多方面的支持^[4]。5E康复模式是由国际康复协会提出^[5],通过评估、鼓励、教育、运动、工作5个板块内容使患者获得足够的疾病知识,树立积极的心态去面对疾病,建立健康的疾病相关行为,帮助患者顺利度过康复期。该模式被用于肾脏疾病^[6]和脑卒中^[7]等疾病的护理干预中,效果满意。本研究旨在研究以5E康复模式的护理干预对出院后的肠造口患者康复效果的影响,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象 选取2021年10月至2022年8月百色市某两家三级甲等医院首次因结直肠癌行肠造口术后出院的67例患者为研究对象。按随机数字表法将

患者分为干预组34例和对照组33例。纳入标准:①符合《中国结直肠癌诊疗规范》(2023年版)^[2]中结直肠癌的诊断标准,并行临时性或永久性肠造口患者;②年龄 ≥ 18 周岁;③在被告知研究的目的和方法之后,受试者能够理解并自愿地签署知情同意书;④造口留置时间 > 3 个月;⑤具备熟练使用智能手机和微信的技能。排除标准:①预计生存期不足6个月者;②合并精神系统疾病或痴呆者;③因身体疾病影响患者运动和自理能力者;④合并其他恶性肿瘤或伴有其他严重疾病者。本研究已经通过本校伦理委员会的审批(伦理审查号:2021062601),并且所有参与研究的患者和家属都签署了书面的知情同意书。两组性别、年龄、文化程度等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表1。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 对肠造口患者进行常规的出院宣教,如造口护理的注意事项、返院复诊的时间等。造口患者出院后,1周内由其主管医生进行电话回访,出院2周至1个月期间再由主管护士进行电话回访,了解术后及其造口的情况。

基金项目:右江民族医学院高层次人才科研项目(RZ2100000450);广西壮族自治区卫生健康委员会资助项目(Z20201064)

第一作者:陶嘉怡,助教,研究方向:外科护理、护理教育,E-mail:1150722707@qq.com

通讯作者:韦桂源,教授,研究方向:外科护理学、护理教育,E-mail:442290076@qq.com

表 1 两组一般资料比较

项目	对照组 (n=33)	干预组 (n=34)	t/χ ²	P
年龄/岁	60.30±10.27	58.03±8.87	0.971	0.335
性别			0.913	0.437
男	24(72.73)	21(61.76)		
女	9(27.27)	13(38.24)		
文化程度			0.476	0.890
小学及以下	18(54.55)	18(52.94)		
初中	11(33.33)	10(29.41)		
高中及以上	4(12.12)	6(17.65)		
职业			0.044	0.834
农民	25(75.76)	25(73.53)		
其他	8(24.24)	9(26.47)		
婚姻状况			0.955	0.328
已婚	30(90.91)	27(79.41)		
未婚/离异/丧偶	3(9.09)	7(20.59)		
居住地			0.029	0.866
农村	22(66.67)	22(64.71)		
城镇	11(33.33)	12(35.29)		
家庭月收入/元			7.298	0.061
1000~	4(12.12)	5(14.71)		
2000~	13(39.39)	4(11.76)		
3000~	12(36.37)	16(47.06)		
4000~	4(12.12)	9(26.47)		
医疗费用支付方式			0.875	0.350
城乡居民医保	29(87.88)	27(79.41)		
城镇职工医保	4(12.12)	7(20.59)		
造口分类			0.189	0.664
结肠造口	23(69.70)	22(64.71)		
回肠造口	10(30.30)	12(35.29)		

注:表内计量资料数据以($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料数据用[n(%)]表示。

1.2.2 干预组

1.2.2.1 干预前准备

①组建干预团队,由 1 名胃肠外科主任医师和 5 名护士(其中有 3 名护士均有造口治疗师证书及造口临床护理 5 年以上经验)组成研究团队;②通过 2 次专家论证会构建基于 5E 康复模式的延续性护理干预方案;③完善《造口延续教育手册》,使手册的内容更加丰富、实用;④创建微信群与微信公众号,以便后期进行健康宣教。

1.2.2.2 实施干预

在对照组护理的基础上,根据肠造口患者出院后出现的常见问题和症状体征,分为出院宣教和出院随访阶段,借助微信平台(微信、微信群、微信公众号)和伤口造口门诊、“互联网+”护理服务,进行基于 5E 康复护理模式的延续性护理。具体各阶段干预措施如下:出院宣教阶段:①评估:造口专科护士在病房对患者进行全方面评估。②鼓励:与患者建立信任关系,鼓励患者表达自身需求和感受。③教育:利用《造口延续教育手册》对患者进行造口知识宣教;造口专科护士利用造口模型指导患者和家属进行造口护理;指导患者或家属学会拍摄造口反馈图,以便后期

了解造口情况;添加患者微信,分享科室微信群、微信公众号、“互联网+”护理服务,以便对患者进行延续性护理教育。④运动:造口专科护士利用造口模型指导患者和家属进行造口扩张运动;针对临时性造口患者,指导其观看肛提肌的训练视频,并告知此训练的注意事项。⑤工作:患者基本具备日常生活自理能力,能独立完成日常生活中的简单活动,如洗脸、刷牙等;患者具备造口自我护理能力,能独立更换造口袋。

出院随访阶段:①评估:利用微信和造口门诊对患者进行回访(出院 1 个月前每周随访 1 次患者,出院 1 个月后改为 2 周回访 1 次)。②鼓励:积极主动与患者取得联系,巩固与患者的信任关系。③教育:微信公众号上编辑此阶段患者亟需的造口相关知识,并向其分享;根据每次评估存在的问题,利用微信视频线上指导、“互联网+”护理服务或造口门诊等多途径进行针对性教育;造口门诊复诊 3 次,造口专科护士针对患者情况进行个性化的指导。④运动:造口扩张运动 1~2 次/周,每次 3~5 min。如已发生造口狭窄的患者,则需要增加至 2~3 次/天,直至造口直径保持在 2~2.5 cm 为宜;每日安排户外活动,如:慢走、打太极等,时长根据自己的身体状态调整;出院 1 个月后,对于临时性造口患者,增加至少 1 次/日的肛提肌训练,每次 10~15 min。⑤工作:年轻的造口患者,可以引导其回归社会和工作岗位;年长者,可以让其做轻体力的家务活动,多参与社交活动,嘱其遵循循序渐进原则,注意劳逸结合,并避免增加腹压的工作(如提重物),影响术后的康复。

1.3 评价指标

在患者出院前 48 h 内、干预实施后 1 个月、干预实施后 3 个月进行评价。

1.3.1 造口知信行水平

采用肠造口患者造口知信行量表进行评价。由魏清风等^[8]制定,包含 3 个部分:知识、态度、行为,共 40 个项目,量表总得分为 3 个维度得分之和,分数范围为 25~130 分。得分越高,说明肠造口患者造口知信行水平越好,总量表 Cronbach's α 系数为 0.87,折半信度为 0.77;总量表内容效度为 0.92。

1.3.2 造口自我护理能力

采用造口自我护理量表(Stoma Self-Care Scale, SSCS)进行评估。由国内学者张俊娥等^[9]编制,包含 10 个项目,采用 Likert 5 级制进行分级,总得分范围为 10~50。自我护理总分越高,患者自我护理能力越强。该量表 Cronbach's α 为 0.95,内容效度 CVI 为 0.94,该量表具有良好的信效度。

1.3.3 生活质量

借助 Stoma-QOL(Stoma Quality of Life)量表,对造口患者的生活质量进行评估。此量表由 PRIETO L^[10]团队研发,吴雪等^[11]将其翻译为中

文版,Stoma-QOL共包含20个项目,总得分范围为20~80分。该量表的折半信度为0.87,Cronbach's α 系数为0.89,可以在中国人群中使用。

1.4 统计学方法 使用EpiData3.1实行双录入核对,并进行抽样复核。使用SPSS 23.00进行统计分析,对于计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较使用 t 检验,多组间、时间点的比较采用线性混合效应模型分析。而对于计数资料,使用频数和百分比来描述,并采用了 χ^2 检验或Fisher确切概率法进行组间比较。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者造口知信行得分比较 线性混合效应模型分析发现,两组造口知信行得分组间及交互比较,差异有统计学意义($P < 0.001$)。进一步分析,组内比较:两组组内各时间点造口知信行评分比较,差异有统计学意义($P < 0.001$);组间比较:出院后1个月、3个月,干预组造口知信行评分高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.001$),见表2。

表2 两组患者不同时间节点造口知信行总分比较

单位:分

组别	干预前	干预1个月	干预3个月	F	P
干预组	34.47±4.84	72.06±10.07	105.41±6.63	761.142	<0.001
对照组	33.27±5.06	43.45±7.75	50.85±9.52	50.612	<0.001
t/F	0.990	26.306	13.875		
P	0.326 ^a	<0.001 ^b	<0.001 ^b		

注:①表内计量资料数据以($\bar{x} \pm s$)表示。②a表示结果是基于 t 检验计算得到,b表示结果是基于线性混合效应模型计算得到, $F_{组间} = 504.649, P < 0.001, F_{交互} = 100.901, P < 0.001$ 。

2.2 两组患者造口自我护理能力得分比较 线性混合效应模型分析发现,两组造口自我护理能力得分组间及交互比较,差异有统计学意义($P < 0.001$)。进一步分析,组内比较:两组组内各时间点造口自我护理能力评分比较,差异有统计学意义($P < 0.001$);组间比较:出院后1个月、3个月,干预组造口自我护理能力评分高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.001$),见表3。

表3 两组患者不同时间节点造口自我护理能力得分比较

单位:分

组别	干预前	1个月末	3个月末	F	P
干预组	10.24±2.14	26.91±7.03	40.15±6.84	226.576	<0.001
对照组	9.61±1.14	15.15±6.64	19.52±9.85	17.141	<0.001
t/F	1.648	6.030	10.660		
P	0.106 ^a	<0.001 ^b	<0.001 ^b		

注:①表内计量资料数据以($\bar{x} \pm s$)表示。②a表示结果是基于 t 检验计算得到,b表示结果是基于线性混合效应模型计算得到, $F_{组间} = 89.280, P < 0.001, F_{交互} = 24.354, P < 0.001$ 。

2.3 两组患者造口生活质量得分比较 线性混合效应模型分析发现,两组造口生活质量得分组间及交互比较,差异有统计学意义($P < 0.001$)。进一步分析,组内比较:两组组内各时间点造口生活质量评分比较,差异有统计学意义($P < 0.001$);组间比较:出院后1个月、3个月,干预组造口生活质量评分高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.001$),见表4。

表4 两组患者不同时间节点造口生活质量得分比较

单位:分

组别	干预前	1个月末	3个月末	F	P
干预组	26.12±4.28	49.09±7.74	70.03±4.41	530.160	<0.001
对照组	25.09±4.36	34.91±5.45	39.21±6.74	56.513	<0.001
t/F	0.973	9.444	20.381		
P	0.334 ^a	<0.001 ^b	<0.001 ^b		

注:①表内计量资料数据以($\bar{x} \pm s$)表示。②a表示结果是基于 t 检验计算得到,b表示结果是基于线性混合效应模型计算得到, $F_{组间} = 304.148, P < 0.001, F_{交互} = 82.177, P < 0.001$ 。

3 讨论

3.1 基于5E康复模式的护理干预可提高肠造口患者的知信行水平 有研究表明^[12],通过有效的健康教育,可以提升患者对疾病的认知水平,增强对克服疾病的信心,从而改善不良行为习惯,并提高患者对治疗方案的遵循程度。本研究数据表明,两组患者的造口知信行得分在出院1个月、3个月均有了明显的提高,但干预组提高的幅度要高于对照组,差异有统计学意义。本研究将造口患者进行分阶段的护理,且每一阶段都对肠造口患者的自我护理情况、造口情况进行多次评估,且针对评估到的情况,通过造口门诊、“互联网+”护理服务、微信群和微信公众号等多个途径对肠造口患者进行教育,让患者充分了解肠造口的相关知识,强化其可以自理造口的信念,从而促进健康相关行为的产生,使患者更加积极主动参与到造口的护理工作上。

3.2 基于5E康复模式的护理干预可有效提高造口患者的自我护理能力 本研究数据表明,两组患者的自我护理能力得分在出院1个月、3个月均有了明显的提高,但干预组提高的幅度要高于对照组,差异有统计学意义。目前国内主要通过健康教育^[13]、延续性护理^[14]来提升造口患者的自我护理能力,但缺乏理论的指导。本研究以5E康复模式为理论基础,按照评估、鼓励、教育、运动、工作5大板块制定标准化、流程化的护理干预措施,并将此干预措施从肠造口患者出院开始应用延续到出院后3个月,对患者进行多次评估,鼓励患者表达自身需求和感受、亲自进行造口的护理,并逐步进行日常的运动和工作,协助恢复正常的生活步

调,减轻其对造口的排斥感,切实提高自我护理造口的能力。

3.3 基于5E康复模式的护理干预可有效改善造口患者出院后的生活质量 本研究结果显示,通过基于5E康复模式的持续护理干预1个月与3个月,两组肠造口患者的生活质量得分均有明显提升,干预组得分高于对照组,差异具有统计学意义,说明这种护理方式可以提升患者出院后生活质量,对患者后期的恢复大有裨益。为造口患者实施出院后的延续性护理,可以有效提高造口患者的生活质量^[15],本研究收集的研究对象大多为桂西地区人群,该地区很多县和乡镇地处偏远山区,经济发展落后,交通受限,出行不便,导致造口患者回三甲医院复诊成本较高。本研究根据5E康复模式为患者制定出院后的专业指导计划,充分利用微信、微信公众号平台传播知识、强化患者信念,一定程度上弥补了电话、门诊等存在信息获取不全、时间、空间上的局限性,为出院后的造口患者提供持续的造口指导,改善其生活质量。

本研究基于5E康复模式,对肠造口患者和家属进行持续不间断的护理干预,有利于提高其造口知信行水平和造口自我护理能力,提升造口患者的生活质量。但本次研究纳入样本量较少,未来可开展多中心、大样本临床试验进一步验证效果。

参考文献:

- [1] SIEGEL R L, MILLER K D, FUCHS H E, et al. Cancer Statistics, 2021[J]. CA Cancer J Clin, 2021, 71(1): 7-33.
- [2] 国家卫生健康委员会医政司, 中华医学会肿瘤学分会. 国家卫健委中国结直肠癌诊疗规范(2023版)[J]. 中国实用外科杂志, 2023, 43(6): 602-630.
- [3] KARADAG A, KARABULUT H, BAYKARA Z G, et al. A prospective, multicentered study to assess social adjustment in patients with an intestinal stoma in Turkey[J]. Ostomy Wound Manage, 2015, 61(10): 16-29.
- [4] 胡娇娇, 王建宁, 詹梦梅, 等. 肠造口患者居家护理需求质

性研究的Meta整合[J]. 中华护理杂志, 2023, 58(3): 357-365.

- [5] CRAMPTON K S R I D. Building quality of life a practical guide to renal rehabilitation[J]. ANNA J, 1998, 25(2): 248-251.
- [6] 冯雪梅, 蔡保兰, 杨康梅. 以5E康复模式开展延续性护理对慢性肾脏病矿物质与骨异常患者的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27(11): 41-43.
- [7] 姚玲玲. 基于微信平台的5E康复模式对脑卒中后偏瘫患者康复积极性及躯干控制能力的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2021, 6(18): 162-164.
- [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] 张俊娥, 黄金月, 尤黎明, 等. 电话干预对结肠造口患者自我护理的影响[J]. 中华护理杂志, 2010, 45(12): 1073-1077.
- [10] PRIETO L, THORSEN H, JUUL K. Development and validation of a quality of life questionnaire for patients with colostomy or ileostomy[J]. Health Qual Life Outcomes, 2005, 3: 62.
- [11] 吴雪, 金晓燕, 尚少梅, 等. 造口病人生活质量量表中文译本的信度、效度分析[J]. 中国护理管理, 2011, 11(7): 23-25.
- [12] 杨洋, 王文爽, 姜红涛, 等. 跨媒体健康教育形式对肠造口患者自我护理能力及适应性的影响[J]. 中国医药导报, 2022, 19(35): 157-160, 168.
- [13] 谢平. 健康教育对术后肠造口患者的效果研究[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2018, 3(19): 145-146.
- [14] 李琳, 乔华, 刘莹, 等. 基于微信平台的延续性护理在结肠造口患者中的应用[J]. 实用临床医药杂志, 2019, 23(21): 118-121.
- [15] 顾亚丽, 陈志英, 黎青云, 等. 桂西地区基于专科联盟模式下多学科延续护理在结肠造口患者中的应用[J]. 右江民族医学院学报, 2021, 43(3): 439-441.

收稿日期: 2023-12-06; 修回日期: 2024-01-15