

- [15] 陈雨朦,方进博. 护理工作环境相关研究进展[J]. 中国护理管理,2014,14(10):1112-1115.
- [16] 王倩,马捷,严亚玲,等. PDCA 循环管理法提高医生对手术室护士的合作满意度[J]. 解放军护理杂志,2017,34(13):69-73.
- [17] 杨春,卢雯静,傅娴,等. “体位垫套餐包”管理模式在手术室的应用和效果评价[J]. 医药前沿,2019,9(8):173-175.
- [18] 马慧. 优化护理管理提高手术间利用率[J/CD]. 世界最新医学信息文摘(电子版),2018(96):

181.

- [19] 俞菲,郑璋卉,佟洪双. 改良目视化管理结合微信公众号平台在手术室体位架(垫)管理中的应用[J]. 护理实践与研究,2020,17(14):116-118.
- [20] 黄华平,赵文君,陶丹,等. 术式套包模式在手术室低值医用耗材管理中的应用[J]. 现代医药卫生,2022,38(21):3766-3768.

(收稿日期:2022-12-18 修回日期:2023-03-08)

• 护理研究 •

集束化护理对肠造口患者病耻感的影响*

王秀玲,杨海平[△],陈德凤

(广西壮族自治区人民医院胃肠肛肠外科,广西南宁 530021)

【摘要】目的 探讨集束化护理对肠造口患者病耻感的影响。**方法** 选取 2019 年 12 月至 2021 年 12 月该院胃肠肛肠外科收治的行肠造口术患者 90 例,采用随机数字表法分为干预组和对照组,每组 45 例。对照组使用常规护理,干预组采用集束化护理干预。干预前后使用社会影响量表(SIS)评价 2 组患者护理效果。**结果** 对照组患者干预后 SIS 总分及 4 个维度得分均较干预前降低,但差异均无统计学意义($P>0.05$)。干预组患者干预后 SIS 总分及 4 个维度得分均较干预前明显降低,且均明显低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 实施集束化护理能帮助肠造口患者 SIS 分数得到控制,SIS 分数越小患者病耻感情况越小,该护理模式对减少肠造口患者病耻感具有明显意义。

【关键词】 集束化护理; 肠造口; 病耻感

DOI:10.3969/j.issn.1009-5519.2023.15.027

文章编号:1009-5519(2023)15-2659-04

中图法分类号:R473.6

文献标识码:B

肠造口是外科医师在医治一些特定的肠道疾病,尤其是直肠癌患者时在腹壁上所开设的开口。我国肠造口患者数量已经达到了 100 万例,并以每年 10 万例的速度上升^[1]。肠造口造成患者排便方式改变、自我形象紊乱、大便气味产生等造成内心自卑、耻辱的体验即病耻感,其作为一种负性经历对患者的身心健康均会产生不利影响,包括抑郁、自尊下降、身体意象不满、社会功能下降等,导致患者社会心理适应不良,进而影响自身生活质量^[2-3]。因此,采取相关干预措施降低患者病耻感,帮助肠造口患者尽快适应术后生活,改变来自生理、心理、社会改变产生的各种不良反应,从而提高患者生活质量已迫在眉睫。集束化护理是一种全新的新型护理理念,是将分散开来的循证支持的护理有机地整合形成完善的体系,可确保患者能获得有效干预的结构化护理手段^[4-5]。由此,本研究对肠造口患者使用集束化护理方式进行干预,并使

用社会影响量表(SIS)对其进行评价,探究了集束化护理在肠造口术后患者护理中的效果,旨在为减少肠造口患者的病耻感提供参考依据。

1 资料与方法**1.1 资料**

1.1.1 研究对象 选取 2019 年 12 月至 2021 年 12 月本院胃肠肛肠外科收治的行肠造口手术患者 90 例作为研究对象,采用随机数字表法分为干预组和对照组,每组 45 例。本研究通过医院伦理委员会审批。

1.1.2 纳入标准 (1)年龄大于或等于 18 周岁;(2) SIS 得分大于或等于 48 分;(3)自愿接受出院后延续护理;(4)自愿参加本研究,并签署知情同意书。

1.1.3 排除标准 (1)精神异常,无判断能力、接受能力、认知能力及语言交流障碍者;(2)长期卧床或伴严重心、肾、肝、肺、血液系统等疾病患者。

1.2 方法

* 基金项目:广西壮族自治区卫生健康委员会自筹课题基金项目(Z20200989)。

[△] 通信作者,E-mail:260403064@qq.com。

1.2.1 护理方法

1.2.1.1 对照组 使用常规护理,包含手术前后常规护理及健康教育工作,术前关注手术的前期准备工作,如术前 1 d 需对患者进行肠道准备,在这个过程中需告知患者在其中的注意事项、配血、禁食等,让患者或家属对围手术期过程中所需要的物品进行准备;术后关注患者身体不适及病情变化,如因麻醉影响可能会发生呕吐的情况,需将患者的头转向一侧,检查机体所连接的各种导管,对患者生命体征进行监测等。术后造口常规护理由责任护士不定期更换造口袋,一般是造口袋出现渗漏脱落情况时予以更换,侧重于完成造口袋更换的操作。患者出院时责任护士根据经验进行造口护理的宣教。

1.2.1.2 干预组 采用集束化护理,具体方法:(1)成立集束化干预小组。由胃肠肛肠外科的医师、护士、造口师及社工部成员组成。其中胃肠肛肠外科医师和国际造口治疗师全程参与造口护理指导,社工部志愿者在研究过程参与心理干预,胃肠肛肠外科护士具体实施集束化护理干预、收集资料等。(2)制定集束化干预方案并予以实施。①术前心理支持。选择安静、舒适的环境和恰到好处的时机,增加与患者及家属的交流,更好地了解患者心中的想法,并结合患者内心需求选择患者更加接受的宣教方法和内容,包括视频教学、现场模拟、同伴教育等,内容包括造口的相关知识、疾病的预后等,侧重满足患者的心理需求,为术后适应造口进行心理建设。②术前造口定位。在手术前 1 d 由主管医师和国际造口治疗师与患者共同完成造口定位。③术后计划制定与实施。制定更换造口袋的时间计划、患者或家属造口护理的时间计划并实施;④出院计划。通过个体化宣教方式指导患者衣食住行,指导复查时间、造口产品选择及使用的计划等。⑤出院后 3 个月内延续性护理。通过微信群、微信公众号、造口座谈会、电话等形式给患者提供各种信息及护理服务并了解患者的造口情况及心理动态等,对患者的问题及时答疑。与社工部联合举办造口人士相关活动的计划,如造口联谊会、座谈会、同伴教育等,了解造口患者的心理活动并进行

针对性的心理疏导。

1.2.2 评价工具

1.2.2.1 一般资料调查表 自制肠造口患者一般资料调查表,包括年龄、性别、文化程度、患病类型、造口类型等。

1.2.2.2 SIS 分别从社会排斥、经济歧视、内在羞耻感、社会隔离 4 个方面评估患者社会反应和个人耻辱感,能及时反映患者病耻感^[6]。由 FIFE 等^[7]编制,2007 年由 PAN 等^[8]译为中文。4 个维度包含 24 个条目,分别为经济歧视 3 个条目、社会排斥 9 个条目、内在羞耻感 5 个条目、社会隔离 7 个条目^[6]。该量表的 Cronbach's α 系数为 0.85~0.90,相关系数为 0.28~0.66^[8],在肠造口患者中的 Cronbach's α 系数为 0.92^[9]。每个条目使用 Likert 4 级计分法,1 分为十分同意,2 分为同意,3 分为不同意,4 分为极不同意,总分为 24~96 分,24~<48 分为低水平,48~<72 分为中等水平,72~96 分为高水平,分数越高表示病耻感越强烈^[7]。

1.2.3 资料收集 干预前后由护士采用统一、规范的指导语卷指导患者填写一般资料调查表、SIS 等,或通过电话随访并如实代为记录。

1.3 统计学处理 应用 SPSS22.0 统计软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用独立样本 t 检验;计数资料以率或构成比表示,组间比较采用 χ^2 检验,采用双侧检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者一般资料比较 2 组患者年龄、性别、文化程度、疾病类型、造口类型等一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。

2.2 2 组患者干预前后 SIS 评分比较 2 组患者干预前 SIS 总分及 4 个维度得分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。对照组患者干预后 SIS 总分及 4 个维度得分均较干预前降低,但差异均无统计学意义($P > 0.05$);干预组患者干预后 SIS 总分及 4 个维度得分均较干预前明显降低,且均明显低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 1 2 组患者一般资料比较

项目	n	年龄($\bar{x} \pm s$, 岁)	性别[n(%)]		文化程度[n(%)]			疾病类型[n(%)]		造口类型[n(%)]	
			男	女	小学及以下	初中及高中	大专及以上	直肠癌	结肠癌	永久性	临时性
干预组	45	58.93±11.06	27(60.0)	18(40.0)	14(31.1)	17(37.8)	14(31.1)	12(26.7)	33(73.3)	8(17.8)	37(82.2)
对照组	45	58.77±10.54	24(53.3)	21(46.7)	16(35.6)	2.0(44.4)	9(20.0)	15(33.3)	30(66.7)	13(28.9)	32(71.1)
t/χ^2	—	0.402	0.407		1.464			0.476		1.553	
P	—	0.689	0.523		0.481			0.490		0.213	

注:—表示无此项。

表 2 2 组患者干预前后 SIS 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	社会排斥		t	P	经济歧视		t	P	内在羞耻		t	P
		干预前	干预后			干预前	干预后			干预前	干预后		
干预组	45	21.93±3.40	17.11±5.77	4.658	<0.001	8.60±1.49	6.84±2.00	4.585	<0.001	12.69±1.77	9.36±1.57	10.490	<0.001
对照组	45	22.20±3.93	21.17±4.24	1.387	0.172	8.71±1.41	8.31±2.05	1.086	0.284	12.42±2.31	11.70±2.22	1.392	0.171
t	—	0.419	6.378	—	—	0.462	3.711	—	—	-0.578	6.199	—	—
P	—	0.677	<0.001	—	—	0.646	0.001	—	—	0.566	<0.001	—	—

组别	n	社会孤立		t	P	总分		t	P
		干预前	干预后			干预前	干预后		
干预组	45	19.87±1.96	13.51±3.29	7.300	<0.001	63.11±4.37	45.35±9.42	8.602	<0.001
对照组	45	19.60±1.94	19.20±3.53	0.696	0.490	62.93±5.66	60.51±6.75	1.868	0.068
t	—	-1.182	6.649	—	—	-0.220	10.550	—	—
P	—	0.244	<0.001	—	—	0.827	<0.001	—	—

注:—表示无此项。

3 讨 论

肠造口患者因疾病影响,出现排便方式改变,给患者身心、社会交往等方面带来困扰,导致患者在家庭、社会角色中功能逐渐退化,并在各种场合出现尴尬局面,使患者产生自卑感、被歧视感,由此容易产生病耻感^[10],对其身心健康产生影响。本研究结果显示,2组患者干预前 SIS 评分均在 60 分以上,说明病耻感均处于中高水平,与郝楠等^[11]和原静民等^[12]研究结果类似,提示肠造口患者病耻感急需得到关注与探讨。本研究将集束化护理用于肠造口术患者,对其病耻感的情况进行了研究,结果显示,对照组 SIS 总分及 4 个维度得分均较干预前降低,但差异均无统计学意义($P > 0.05$);干预组患者干预后 SIS 总分及 4 个维度得分均较干预前明显降低,且明显低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。证实集束化护理干预方案有效降低了肠造口患者病耻感。

常规护理侧重于疾病的护理,常忽视患者应对家庭及社会的心理适应情况。而集束化护理作为一个全新的护理模式,其理念主要重视的是整体测评,注重多元化、全方位护理,一般包含 3~5 项简单、确定及操作程度强的循证实践方案^[13]。有研究表明,同时实施这些措施比单独执行某项措施更能改善患者结局^[14-15]。据相关文献报道,集束化护理在治疗中能得到更多的成效,如张丽等^[16]和蔡玉莲等^[17]发现,实施集束化护理后大肠癌永久性肠造口患者生活质量明显提高。在这个过程中该护理模式能提升患者对造口知识的掌握程度,增加患者自我护理能力及自尊心,降低并发症发生率^[18]。另外,集束化护理对患者健康结局、预防缺血性坏死也具有积极影响^[19-20]。

本研究通过将术前心理建设、术前造口定位、术后造口护理计划、出院护理计划及出院后延续护理集束化用于肠造口患者中,整合了循证有效的护理措施对患者进行全程服务。术前采用聚焦式访谈法^[21],深

入了解患者内心真实想法,根据需求给予个体化的心理疏导,为术后造口适应奠定良好基础,帮助患者对肠造口有初步认识。术前向患者解释造口定位的意义,让患者认识腹部肌肉的位置及造口留置的最佳位置,以便更好地提高患者术后的适应能力,缓解患者的心理问题,减轻患者术后缺失感、病耻感、焦虑感等^[22]。术后制定造口护理计划并进行针对性施教、施护,帮助患者逐渐接受造口,并学会倾倒粪便、观察底盘渗漏情况及初步观察造口并发症的发生,逐渐掌握肠造口的护理技巧。目前,出院护理计划服务及延续护理已被证实为行之有效的措施^[23-24],但臧鑫等^[25]发现,因我国肠造口患者基数大,延续性护理的需求比较多,现有的医疗资源并不能满足患者的需求,所以,该类患者的延续性护理在实施过程中出现了很大的挑战。本研究在出院计划及延续护理中包括帮助患者建立个人档案、复查时间、衣食住行指导、造口更换计划、造口产品选择及使用的计划,向患者介绍造口门诊的开诊时间、联系方式等。将患者或家属拉入微信群中,通过微信群、微信公众号、电话等形式给患者提供各种信息及护理服务,及时了解患者的造口情况及心理动态,定期对患者进行答疑解惑。同时,与社会工作部联合举办相关活动,如造口联谊会、座谈会、同伴教育等,让该类患者积极参与,了解造口患者的心理改变并对其进行针对性疏导,增加了该类患者对疾病的认知,增加了自护能力,患者生活质量得到保证,减少了并发症的出现。

综上所述,通过有循证支撑的护理措施集束实施,系统性、针对性、全方位地为肠造口患者提供全面、全程、优化的护理服务,可有效降低肠造口患者 SIS 总分及内在羞耻、社会排斥、社会孤立、经济歧视 4 个维度得分,对降低病耻感具有积极影响,可有效缓解肠造口患者的心理负担,帮助患者正视肠造口的存在,提高其应对家庭、社会的心理适应水平,具有较好

的临床应用价值。今后将继续探索更优化的护理措施,将其纳入集束化方案中,以期能为造口患者提供更安全、更优的护理服务,更好地降低肠造口患者的病耻感,提高其生活质量。由于本研究的取样范围集中在一所三级甲等医院,样本量偏小,后期尚有待于采用多中心大样本研究以进一步探讨其应用效果。

参考文献

- [1] 翁亚娟,钱惠玉,徐文亚,等. 形象化健康教育模式对肠造口病人早期并发症的影响[J]. 护理研究,2010,24(21):1916-1917.
- [2] 刘欢欢,李海波,徐永鹏. 膀胱癌造口患者病耻感现状及其影响因素分析[J]. 中华现代护理杂志,2018,24(17):2063-2065.
- [3] XIAN H, ZHANG Y, YANG Y, et al. A descriptive, cross-sectional study among Chinese Patients to identify factors that affect psychosocial adjustment to an enterostomy[J]. *Ostomy Wound Manage*,2018,64(7):8-17.
- [4] SEKANDARZAD M W, DOORNEBAL C, HOLL MANN M W. Opiophobia in cancer biology- justified? - The role of perioperative use of opioids in cancer recurrence [J]. *Curr Pharm Des*, 2019, 25(28):3020-3027.
- [5] WATANABE M, OKAMURA A, TOIHATA T, et al. Recent progress in perioperative management of patients undergoing esophagectomy for esophageal cancer[J]. *Esophagus*,2018, 15(3):160-164.
- [6] 沈青竹,牟绍玉,王希罕,等. 中文版社会影响量表应用于肠造口患者病耻感的信效度测评[J]. 重庆医科大学学报,2017,42(9):1188-1192.
- [7] FIFE B L, WRIGHT E R. The dimensionality of stigma: A comparison of its impact on the self of persons with HIV/AIDS and cancer[J]. *J Health Soc Behav*,2000,41(1):50-67.
- [8] PAN A W, CHUNG L, FIFE B L, et al. Evaluation of the psychometrics of the social impact scale: A measure of stigmatization[J]. *Int J Rehabil Res*,2007,30(3):235-238.
- [9] 徐芳芳,于卫华,王胜琴. 肠造口患者病耻感与生活质量的关联性[J]. 中国心理卫生杂志,2016,30(2):97-101.
- [10] 田丽露,张俊娟,张国增,等. 肠造口病人病耻感的研究进展[J]. 全科护理,2021,19(2):183-186.
- [11] 郝楠,张昊,杨群草,等. 病耻感对肠造口病人残疾接受度影响的研究[J]. 护理研究,2018,32(11):1703-1706.
- [12] 原静民,郑美春,卜秀青,等. 永久性肠造口患者病耻感现状及其影响因素研究[J]. 中华护理杂志,2016,51(12):1422-1427.
- [13] RESAR R, PRONOVOST P, HARADEN C, et al. Using a bundle approach to improve ventilator care processes and reduce ventilator-associated pneumonia[J]. *Jt Comm J Qual Patient Saf*,2005,31(5):243-248.
- [14] 吴函书,张葆荣,刘洋,等. 集束化护理预防血液净化患儿下肢深静脉血栓形成的效果研究[J]. 中华护理杂志,2019,54(3):368-373.
- [15] 陈杰. 集束化护理的临床应用及研究进展[J]. 全科护理,2014,12(19):1744-1745.
- [16] 张丽,马燕. 集束化过渡期护理对大肠癌永久性肠造口患者生存质量的影响[J]. 新疆中医药,2021,39(4):67-70.
- [17] 蔡玉莲,林萍. 集束化护理干预对大肠癌根治术患者术后生活质量的影响[J]. 当代医学,2016,22(16):91-92.
- [18] 徐晓光. 集束化延续性护理干预在直肠癌术后永久性造口患者中应用的效果分析[J]. 中外医学研究,2018,16(21):58-59.
- [19] 丁晓艳. 集束化延续性护理对直肠癌肠造口患者健康结局的影响观察[J/CD]. 临床医药文献电子杂志,2019,6(46):76.
- [20] 李淑娇,杨彬. 集束化干预措施在结肠直肠癌术后肠造口预防缺血性坏死的研究[J]. 检验医学与临床,2018,15(10):1514-1517.
- [21] 李春艳. 渐进式聚焦访谈对永久性肠造口患者病耻感、自我超越水平和社会支持影响[J]. 中国肛肠病杂志,2021,41(7):60-62.
- [22] 李苹. 术前肠造口定位对患者术后适应性及护理能力的影响[J]. 医学信息:医学与计算机应用,2016,29(35):318-319.
- [23] 唐红娜,秦长江. 出院护理计划服务在行肠造口术的结直肠癌患者中的应用效果[J/CD]. 消化肿瘤杂志(电子版),2016,8(1):38-41.
- [24] 方针针,林娜. 延续性护理管理在肠造口患者护理中的应用效果及其价值[J]. 贵州医药,2021,45(7):1176-1177.
- [25] 臧鑫,韩慧洁. 影响肠造口患者延续性护理落实的因素及分析[J]. 当代护士(下旬刊),2019,26(3):34-38.

(收稿日期:2023-02-24 修回日期:2023-05-08)