

加速康复外科模式下结直肠癌患者出院准备度与出院指导质量现状调查

贺育华¹, 杨婕¹, 蒋理立¹, 李卡²

Patients' perceptions of readiness for discharge and quality of discharge teaching on an enhanced recovery program for colorectal cancer

He Yuhua, Yang Jie, Jiang Lili, Li Ka

摘要:目的 了解加速康复外科模式下结直肠癌患者出院准备度与出院指导质量现状,为优化出院指导质量、提高患者出院准备度提供参考。方法 对加速康复外科流程管理模式下的 130 例结直肠癌出院患者使用出院准备度量表、出院指导质量量表进行调查。结果 80.0% 结直肠癌患者表示做好出院准备,出院准备度总分为 149.86 ± 33.65 , 条目均分为 6.81 ± 1.53 。出院指导质量总分为 140.24 ± 29.04 , 条目均分为 7.79 ± 1.61 , 需要内容得分显著高于获得内容得分(均 $P < 0.01$)。结论 加速康复外科模式下的结直肠癌患者出院准备度处于中等水平,出院指导质量总体水平较好,但患者获得的指导内容尚未满足需求。医护人员应依据患者需求开展出院健康教育,以提高患者出院准备度。

关键词:加速康复外科; 结直肠癌; 出院准备度; 出院指导质量; 健康教育

中图分类号: R473.6; R735.3 **文献标识码:** B **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2019.10.017

结直肠癌是常见的恶性肿瘤之一,发病率居恶性肿瘤前 3 位^[1]。近年来,加速康复外科(Enhanced Recovery After Surgery, ERAS)理念在加快患者术后康复、缩短住院时间、增加床位周转率等方面的优势已得到普遍认可^[2-3]。ERAS 模式下,结直肠癌患者术后 6~7 d 生理功能达到以下出院指征即可出院,包括恢复进食固体食物,无需静脉补液;口服镇痛药可以很好地镇痛;可以自由活动到卫生间^[4-6]。然而,患者出院时的准备度如何却尚未引起重视。出院准备度是指医务人员综合患者的生理、心理和社会方面的健康状况,分析判断患者在多大程度上具备离开医院、回归社会、进一步康复和复健的能力^[7]。评估患者的出院准备度可避免患者过早出院,降低再入院风险^[8]。出院指导作为整体护理的重要组成部分,是患者出院后继续遵医嘱和完全康复的前提和保障,高质量的出院指导对疾病预后和转归具有积极作用^[9]。因此,本研究旨在了解 ERAS 模式下结直肠癌患者出院准备度与出院指导质量现状,明确患者需要与获得的出院指导内容之间的差距,为今后结直肠癌患者的健康教育及其 ERAS 临床路径管理提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 采用便利抽样法,于 2017 年 11 月至 2018 年 3 月选取我科收治的结直肠癌患者为研究对

象。纳入标准:①年龄 ≥ 18 岁;②已确诊结直肠癌;③择期手术,且围手术期接受 ERAS 管理;④对本研究知情同意,自愿参与。排除标准:①合并严重的心、肺、肾等脏器疾病或其他严重慢性疾病;②意识不清或精神障碍;③存在语言沟通或文字理解障碍。共纳入研究对象 130 例,男 63 例,女 67 例;年龄 28~91 (60.11 ± 13.42) 岁。学历:小学及以下 30 例,初中 32 例,高中/中专 22 例,大专及以上 46 例。婚姻状况:未婚 3 例,已婚 109 例,其他 18 例。直肠癌 92 例,结肠癌 38 例。术前并存疾病(包括高血压、高血脂、糖尿病、COPD、前列腺增生等):无 43 例,1~2 种 55 例, ≥ 3 种 32 例。术式:腔镜手术 48 例,开腹手术 82 例。术后有肠造口 34 例。术后住院期间出现并发症 11 例(肺部感染 6 例,腹腔/盆腔感染 2 例,吻合口瘘 1 例,乳糜漏 1 例,切口感染 1 例)。

1.2 方法

1.2.1 健康教育 130 例患者围手术期均接受 ERAS 流程管理,健康教育内容见样表 1,均由责任护士遵照医嘱落实,每次宣教后在健康宣教确认单上签名。

1.2.2 调查工具 ①一般资料调查表:由课题组成员通过查阅文献及小组讨论后自行设计,包含年龄、性别、学历、婚姻状况、术前并存疾病、肿瘤部位、术式、有无肠造口、术后并发症等信息。②出院准备度量表(Readiness for Hospital Discharge Scale, RHDS):该量表为自评量表,由 Weiss 等^[10]编制,包括自身状况(条目 2~8)、疾病知识(条目 9~16)、出院后应对能力(条目 17~19)、可获得的社会支持(条目 20~23)4 个维度共 23 个条目。第 1 个条目为是非题,不计入总分。其余每个条目采取从 0~10 的计分方法,数字下面有描述性的语言,患者根据自己的情况选择合适的分数。

作者单位:1. 四川大学华西医院胃肠外科(四川 成都, 610041); 2. 四川大学华西护理学院

贺育华:女,硕士,护士

通信作者:李卡, lika127@126.com

科研项目:四川省卫生和计划生育委员会科研课题(18PJ247);四川省卫生和计划生育委员会科研课题(17PJ328);四川大学华西医院“天使之翼——青苗基金”科研基金资助项目(HXHL-QM-20180608)

收稿:2018-10-19;修回:2019-01-18

条目 3 和条目 6 反向计分。4 个维度之和为量表总分, 总分越高表明患者出院准备度越好。量表总的内容效度为 0.85, Cronbach's α 系数为 0.93, 各维度 Cronbach's α 系数为 0.85~0.93。本研究以汉化版量表^[11] 进行调研, 测得总的 Cronbach's α 系数为 0.929, 各维度 Cronbach's α 系数 0.824~0.901。③出院指导质量量表(Quality of Discharge Teaching Scale, QDTS); 由 Weiss 等^[10] 编制, 包括需要的内容(条目 1a~6a)、实际

获得的内容(条目 1b~6b)以及讲授技巧(条目 7~18)3 个维度共 18 个条目。其中, 需要内容与获得内容为配对的 6 组条目。该量表采用 0~10 分计分方法。获得内容与讲授技巧的分数之和为量表总分(范围 0~180), 总分越高表明出院指导质量越好。本研究采用王冰花等^[12] 的汉化版量表, 总量表的内容效度指数为 0.980, Cronbach's α 系数为 0.924。

样表 1 ERAS 理念下健康教育内容

宣教时间	宣教项目	具体宣教内容
入院当天 术前 1 d	介绍住院期间总体计划和安排, 并行入院宣教 术前胃肠道准备	①戒烟限酒; ②腹式呼吸以及有效咳嗽训练; ③心理状态评估与指导等 ①告知患者 ERAS 理念下无需常规行机械性肠道准备及安置胃管; ②术前根据医嘱指导无胃肠道动力障碍患者麻醉前 6 h 可进食固体饮食, 术前 2 h 允许进食清流质食物
术后返回病房时	术后饮食 术后活动	根据医嘱指导患者术后 6 h 开始进食清流质 50 mL, 1 次/4 h; 术后 48~72 h 鼓励半流质饮食; 再逐步恢复到固体饮食 指导患者手术当天即可床上活动, 术后第 1 天下床活动 1~2 h, 以后至出院时每天下床活动 4~6 h
出院当天	出院指导及注意事项	出院指导由责任护士参考病房出院指导单, 同时结合医生开具的出院证明书中“出院后建议”相关内容进行。包括: 出院后活动与运动指导; 出院后饮食指导; 术后排便异常的处理及造口护理; 术后出现何种病情变化时需及时处理; 术后随访安排

1.2.3 调查方法 于出院前 4 h 向患者解释说明本研究的目的, 征得其同意后, 将一般资料调查表、出院准备度量表、出院指导质量量表发放给研究对象自行填写。采用统一指导语介绍填写要求, 调查员当场回收问卷并检查, 如发现有漏项或明显的逻辑错误, 及时向研究对象核实, 必要时查阅医院信息系统(Hospital Information System, HIS), 确认无误后收回问卷。

1.2.4 统计学方法 采用 EpiData3.1 软件进行数据录入, SPSS17.0 软件进行统计描述、*t* 检验, 检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 结直肠癌患者出院准备度情况 条目 1“是否为出院回家做好准备”, 80.0%(104 例)患者表示已经做好准备。结直肠癌患者出院准备度得分, 见表 1。

表 1 结直肠癌患者出院准备度得分($n=130$)

出院准备度	条目数	总得分	条目均分
可获得的社会支持	4	32.82±6.13	8.20±1.53
出院后应对能力	3	20.20±6.23	6.73±2.08
疾病知识	8	53.47±15.59	6.68±1.95
自身状况	7	43.38±12.45	6.20±1.78
总分	22	149.86±33.65	6.81±1.53

2.2 结直肠癌患者出院指导质量得分情况 结直肠癌患者出院指导质量得分, 见表 2。通过对患者需要和获得的出院指导内容得分进行比较发现, 需要内容得分显著高于获得内容得分, 见表 3。

表 2 结直肠癌患者出院指导质量得分($n=130$)

指导质量	条目数	总得分	条目均分
需要内容	6	49.61±9.75	8.27±1.63
讲授技巧	12	96.42±20.04	8.04±1.67
获得内容	6	43.82±10.85	7.30±1.81
总分	18	140.24±29.04	7.79±1.61

表 3 结直肠癌患者需要和获得的出院指导内容得分比较($n=130$)

条目	需要内容	获得内容	<i>t</i>	<i>P</i>
返家后进行自我照顾的信息	8.83±1.71	7.70±1.90	6.518	0.000
返家后情绪调节的信息	8.17±2.29	7.08±2.43	6.038	0.000
返家后医疗照顾的信息	8.51±1.87	7.65±2.09	4.330	0.000
返家前医疗处置操作训练	7.55±2.70	6.61±2.72	4.157	0.000
返家后寻求帮助的信息	8.13±2.36	7.08±2.52	5.627	0.000
照顾者应该知道的照顾事项	8.42±1.72	7.69±1.99	4.356	0.000
总分	49.61±9.75	43.82±10.85	6.990	0.000

3 讨论

3.1 ERAS 模式下结直肠癌患者出院准备度处于中等水平 本研究显示, ERAS 模式下结直肠癌患者出院准备度条目均分为(6.81±1.53)分, 处于中等水平; 80.0%的患者表示已经做好出院回家准备, 该结果低于 Weiss 等^[10] 对 147 例内外科患者出院准备度的调查结果(条目均分为 8.0±0.9, 93.0%的患者做好出院准备)。可见, ERAS 模式下结直肠癌患者的出院准备度一般。分析原因为: ①ERAS 模式下, 患者的平均住院日缩短至术后 6~7 d^[4-5], 虽然患者满足 ERAS 出院指征, 但此时患者身体状况、体力、精力

等尚未完全恢复,主观上希望在医院多观察几天,故出院准备度自身状况维度得分排序最低(6.20±1.78)。住院日的缩短导致患者及其家属没有充足的时间进行出院准备。加之患者对 ERAS 理念缺乏了解,因此会担心快速出院的安全性。这些都会影响到患者对出院准备度的感知。②尽管护士开展了出院指导,但其指导内容并未能完全满足患者需求,患者出院准备度疾病知识维度条目均分仅为 6.68±1.95。患者在知识储备不足的情况下出院,加之返家后还要面临初级医疗保健资源不足以致难以满足实际医疗需求的问题^[13],这些均在一定程度上降低了患者的出院准备度。

3.2 ERAS 模式下出院指导质量总体水平较好,但患者需要内容与实际获得内容存在差距 本研究中,结直肠癌患者出院指导质量总分为 140.24±29.04,条目均分为 7.79±1.61,略高于 Weiss 等^[10]报道的成人住院患者出院指导质量评分(7.6 分),可见,ERAS 模式下出院指导质量总体水平较好。进一步分析发现,出院指导质量各个维度条目均分从高到低依次为需要内容、讲授技巧、获得内容。提示患者对护士的出院指导技巧认可度尚可,这可能与本项目研究中心所在科室采取了“健康宣教签名确认”制度有关。在本中心,每例患者的床尾都放置 1 张健康宣教单,责任护士在入院、围术期以及出院的各个环节实施健康宣教后,均需在确认单上签名,而患者在接受宣教后也需在确认单上签名,以保证其理解掌握。然而,表 3 显示,患者需要与获得的出院指导内容得分比较,差异有统计学意义(均 $P < 0.01$),需要程度显著高于所获得的内容。可见,患者需要内容与实际获得内容存在一定差距,护士提供的出院指导尚不能满足患者的预期需求。这也为今后有效改进出院指导质量提供了实证依据。护士向患者进行专业知识指导,其健康宣教的质量直接关系到患者对疾病知识的获取^[14]以及对出院准备的感知^[15]。本研究中尽管通过签字确认的方式以保证患者接受相应的宣教,但却并未了解过患者是否还有更进一步的知识诉求。在以患者为中心的诊疗模式下,建议医护人员开展出院指导前深入了解患者及其家属希望以何种方式、获得哪些方面的指导和帮助。必要时可通过调查表或质性访谈的形式来真正了解患者的知识诉求。在此基础上,针对性开展健康教育,提高出院指导质量。

4 小结

在 ERAS 模式下,结直肠癌患者出院准备度处于中等水平,出院指导质量总体水平较好,但患者需要的指导内容与实际获得的指导内容存在一定差距。就此提出以下几点建议:①可借鉴我国台湾地区以及国外的经验,试行开展出院准备服务计划,帮助患者作好出院准备;②在开展围术期健康宣教时,强化对

ERAS 理念及其安全性的介绍,减轻患者对快速出院的顾虑;③充分了解并基于患者的知识诉求开展出院指导,进一步提高出院指导质量。但本研究仅在 1 所医院开展且样本量较小,结论尚需多中心、大样本研究验证。

参考文献:

- [1] Torre L A, Bray F, Siegel R L, et al. Global cancer statistics, 2012[J]. CA Cancer J Clin, 2015, 65(2): 87-108.
- [2] Zhao J H, Sun J X, Gao P, et al. Fast-track surgery versus traditional perioperative care in laparoscopic colorectal cancer surgery: a meta-analysis [J]. BMC Cancer, 2014, 14(1): 607-631.
- [3] Adamina M, Kehlet H, Tomlinson G A, et al. Enhanced recovery pathways optimize health outcomes and resource utilization; a meta-analysis of randomized controlled trials in colorectal surgery[J]. Surgery, 2011, 149(6): 830-840.
- [4] 杨婕,冯金华,李卡. 结直肠癌患者术后 1 年内非计划性再入院影响因素分析[J]. 护士进修杂志, 2015, 30(6): 551-552.
- [5] ERAS Compliance Group. The impact of enhanced recovery protocol compliance on elective colorectal cancer resection: results from an international registry[J]. Ann Surg, 2015, 261(6): 1153-1159.
- [6] 江志伟,李宁. 结直肠手术应用加速康复外科中国专家共识(2015 版)[J]. 中国实用外科杂志, 2015, 35(8): 841-843.
- [7] Fenwick A M. An interdisciplinary tool for assessing patients' readiness for discharge in the rehabilitation setting[J]. J Adv Nurs, 1979, 4(1): 9-21.
- [8] Kaya S, Sain G G, Aydan S, et al. Patients' readiness for discharge: predictors and effects on unplanned readmissions, emergency department visits and death[J]. J Nurs Manag, 2018, 26(6): 707-716.
- [9] Mitchell J P. Association of provider communication and discharge instructions on lower readmissions [J]. J Healthc Qual, 2015, 37(1): 33-40.
- [10] Weiss M E, Piacentine L B, Lokken L, et al. Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients[J]. Clin Nurse Spec, 2007, 21(1): 31-42.
- [11] Zhao H, Feng X, Yu R, et al. Validation of the Chinese version of the Readiness for Hospital Discharge Scale on patients who have undergone laryngectomy[J]. J Nurs Res, 2015, 24(4): 321-328.
- [12] 王冰花,汪晖,杨纯子. 中文版出院指导质量量表的信效度测评[J]. 中华护理杂志, 2016, 51(6): 752-755.
- [13] 秦环龙,贾震易. 加速康复外科在结直肠外科应用中应关注的若干问题[J]. 中华结直肠疾病电子杂志, 2017, 6(1): 2-5.
- [14] 王小平,何芳,李莞酶,等. 腹膜透析置管患者出院准备度现状及影响因素分析[J]. 护理学杂志, 2017, 32(19): 34-36.
- [15] 许丽娟,刘思文,陈诗琪,等. 糖尿病患者出院准备度现状及其影响因素分析[J]. 护理学杂志, 2018, 33(10): 12-15.