

肠造口患者及家属焦虑抑郁状况及对患者造口自护能力的影响

韩杉¹, 张海邻¹, 唐瑾¹, 陈兴莲¹, 倪璐¹, 卯亚¹, 杨栋梁²

摘要:目的 了解造口患者及家属围手术期及术后近期焦虑、抑郁的变化情况,探讨其可能的原因,以及焦虑抑郁对患者造口自我护理能力的影响。方法 应用汉密顿焦虑及抑郁量表、造口适应量表和造口自我效能量表,对 45 组造口患者及家属围手术期(术前、术后 3 天)及术后 1、3、6 个月分别进行测量,对所得结果进行统计分析。结果 造口患者及家属围手术期及术后近期焦虑与抑郁评分组内比较,差异有统计学意义(均 $P < 0.05$);术后 6 个月家属焦虑、抑郁与患者自我效能及造口适应水平呈正相关(均 $P < 0.01$)。结论 造口患者家属的负性情绪影响患者对造口的适应水平及焦虑抑郁水平,医护人员应在术前早期对患者及家属提供支持和帮助,使其较好地控制焦虑、抑郁,并在术后持续关注患者生理、心理需求,提高患者造口适应能力,恢复身心健康。

关键词: 肠造口; 患者; 家属; 围手术期; 焦虑; 抑郁; 造口适应; 自我效能

中图分类号: R473.6; R395.6 **文献标识码:** A **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2019.13.079

Impact of anxiety and depression levels among colostomy patients and their families on patient self care ability Han Shan, Zhang Hailin, Tang Jin, Chen Xinglian, Ni Lu, Mao Ya, Yang Dongliang. Department of Nursing, Guizhou Provincial People's Hospital, Guiyang 550002, China

Abstract: Objective To understand perioperative and postoperative anxiety and depression levels among colostomy patients and their families, to explore the possible causes, and to probe into the impact of anxiety and depression levels on patient self-care ability.

Methods Totally, 45 colostomy patients and their family members were surveyed perioperatively (before the surgery, and 3 days after the surgery), and at postoperative 1, 3 and 6 months, with the Hamilton Anxiety Scale (HAMA), Hamilton Depression Scale (HAMD), the Ostomy Adjustment Inventory (OAI), and the Stoma Self-efficacy Scale (C-SSES). **Results** Perioperative and postoperative anxiety and depression levels among the patients and their families had significant within-group effect ($P < 0.05$ for all). At postoperative 6 months, family members' anxiety and depression scores shortly after the surgery were positively correlated to patients' ostomy adjustment scores and self-efficacy scores ($P < 0.01$ for both). **Conclusion** Family members' negative emotional response could affect colostomy patients' ostomy adjustment, as well as anxiety and depression levels. Medical staff should provide support and assistance to patients and their families shortly after the surgery, help them control anxiety and depression, and pay persistent heed to patients' physiological and psychological needs, in an effort to improve patients' ostomy adjustment and restore physical and mental health.

Key words: colostomy; patients; family members; perioperative period; anxiety; depression; ostomy adjustment; self-efficacy

直肠癌及结肠癌患者因疾病原因需改变粪便排泄通道,通过手术将肠管提出,开口于腹部,使粪便得以排出,从而形成肠造口。永久性肠造口严重影响患者及家属生活质量,97.3%的家属感觉焦虑、恐慌、无助以及压力大,90.4%选择隐瞒患者有关疾病的信息,独自承受疾病的打击,其中 32.9%的家属对患者经治疗后病情持续恶化表现出悲伤和绝望,同时有 87.7%的患者因为肠造口而感到自卑,产生病耻感^[1]。在日常生活中,绝大多数造口患者由家属照顾,并逐步向自我照护过渡,但有研究显示此类患者心理及社会功能得分较低,其变化情况未见说明^[2]。

作者单位:1. 贵州省人民医院护理部(贵州 贵阳,550002);2. 沧州医学高等专科学校

韩杉:女,硕士,副主任护师,临床护理教学管理科副科长

通信作者:杨栋梁,42143917@qq.com

科研项目:贵州省科学技术厅联合基金项目(黔科合[2015]7129)

收稿:2018-10-13;修回:2019-04-01

为进一步探索造口患者术后心理变化的特征,寻找提高患者个人造口功能的途径,本研究调查由家属照顾的造口患者及其家属在围手术期和术后近期的焦虑、抑郁水平,并分析其对患者造口适应能力、造口自我效能感的影响,为制订围手术期护理干预措施及开展针对性延续护理提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 选择贵州省人民医院 2016 年 1~12 月行永久性肠造口手术的患者及照顾患者的家属作为研究对象。纳入标准:行永久性肠造口手术患者及家属;自愿参加本研究;至其完全恢复生活自理能力前均由固定的家属进行照护的患者。每个样本包含 1 例肠造口患者及 1 名家属,该家属长期负责照顾患者且与患者共同生活。本研究观察周期为 25 周,从术前 3 d 至术后 6 个月,共纳入研究对象 50 组,因患者死亡脱落 3 组,中途退出 2 组,最后 45 组完成调查。患者男 27 例,女 18 例;年龄 48~76(60.08±8.17)

岁;其中新农村合作医疗保险 27 例,市级医疗保险 8 例,异地医疗保险 5 例,自费 4 例,城镇居民医疗保险 1 例。家属男 22 人,女 23 人;年龄 28~74(53.00±6.87)岁;在职 18 人,退休 16 人,自由职业或无业 11 人。家属与患者为配偶关系的 19 组,为子女关系的 22 组,兄弟(姐妹)关系的 4 组。

1.2 调查方法

1.2.1 调查工具 ①汉密顿焦虑量表(Hamilton Anxiety Scale,HAMA),包括 14 个项目,按 0~4 分 5 级评分;无症状、轻、中、重、极重分别赋 0~4 分,总分越高,病情越严重,总分≥29 分为严重焦虑,≥21 分为明显焦虑,≥14 分为焦虑,>7 分可能有焦虑,<7 分无焦虑症状,此量表特别强调受检者的主观体验^[3]。②汉密顿抑郁量表(Hamilton Depression Scale,HAMD),该量表有 17 项、21 项及 24 项 3 种版本。本研究采用 24 项版本,其中大部分项目采用 0~4 分的 5 级评分法,0=无症状,4=极重。少数项目采用 0~2 分的 3 级评分法,0=无,1=轻-中度,2=重度。总分越高,抑郁越严重,>24 分为严重抑郁,17~24 分为中度抑郁,7~16 分为抑郁,<7 分为无抑郁^[3]。③造口适应量表(Ostomy Adjustment Scale,OAS),包括 34 个条目,每个条目设 6 个等级选择答案,1~6 代表该项条目所指的适应能力由弱到强,总分 34~204 分,得分越高表示术后适应状态越好。根据总分和各个维度分值可以将适应划分为 4 个水平:1.0~2.0 分为不适应,2.1~3.5 分为低适应,3.6~5.0 分为中度适应,5.1~6.0 分为高度适应^[4]。④造口自我效能量表。量表共 2 个维度,即造口照顾效能和社交效能,包含 28 个条目,其中 6 个为单独条目,分别是饮食选择的效能、对性生活信心、对性生活满意度的信心、从事重体力劳动的信心、保持活力的信心、造口护理的信心。每个条目从非常有信心到没有信心,依次计 5~1 分。总分 28~140 分,根据得分的高低分为 3 个等级,≤65 分为低效能,66~102 分为中度效能,103~140 分为高效能。该量表 2 个维度的 Cronbach's α 系数分别为 0.94、0.95^[5]。

1.2.2 调查方法 采用焦虑、抑郁量表分别于术前、术后 3 d、术后 1 个月、术后 3 个月及术后 6 个月对患者及家属进行调查。造口适应量表及自我效能感量表只针对患者,测量时机为术后 1 个月、3 个月及 6 个月。以上所有量表的测评均由 2 名护理人员完成,测量前经临床心理医生统一培训并对测评人员测评能力进行检验,测得 Kappa 值为 0.92。量表的测量多采取与患者及家属面对面交谈的形式完成,术前及术后 3 d 在病房完成,术后 1 个月、3 个月及 6 个月在患者门诊复诊时完成,有个别患者单独就诊时,对其家属通过电话访谈完成测量。测量过程中邀请临床心理医生随机抽查测量过程及结果,确保对相关量表评分过程的准确及规范。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS22.0 软件行 *t* 检验、单因素方差分析及相关分析,检验水准 α=0.05。

2 结果

2.1 患者与家属不同时期焦虑抑郁评分及组内比较见表 1。

表 1 患者与家属不同时期焦虑抑郁评分及组内比较分, $\bar{x} \pm s$

对象	时间	例/人数	焦虑	抑郁
患者	术前	45	13.14±1.17	13.11±2.04
	术后 3 d	45	11.04±3.86	12.08±1.71
	术后 1 个月	45	12.13±1.50	16.03±2.12
	术后 3 个月	45	12.28±1.06	11.03±2.13
	术后 6 个月	45	16.07±3.02	14.05±1.67
	<i>F</i>			6.892*
家属	术前	45	12.15±1.21	10.98±2.21
	术后 3 d	45	13.07±2.57	10.23±1.18
	术后 1 个月	45	10.47±0.71	11.23±1.17
	术后 3 个月	45	11.00±2.07	9.03±2.14
	术后 6 个月	45	8.33±1.77	9.00±2.92
	<i>F</i>			7.273*

注: * $P < 0.05$ 。

2.2 患者造口适应水平 患者围手术期因伤口疼痛、引流等原因,术后造口护理暂时由护理人员完成,出院后由其家属(照顾者)协助完成。患者造口适应评分术后 1 个月为(111.87±7.46)分、3 个月为(114.91±7.35)分及 6 个月为(103.17±7.50)分。均处于低适应水平,其中术后 6 个月得分最低;不同时期造口适应得分比较,差异有统计学意义($F = 15.874, P < 0.05$)。

2.3 患者造口自我效能感 患者术后近期对造口护理的自我效能感随时间呈逐步上升趋势,术后 1 个月为(65.17±8.75)分、3 个月为(72.5±4.01)分及 6 个月为(92.01±6.85)分,其中术后 6 个月得分最高;不同时期患者自我效能感得分比较,差异有统计学意义($F = 8.210, P < 0.05$)。

2.4 患者及家属负性情绪与患者术后造口自我护理能力相关性

2.4.1 患者及家属术后近期焦虑与患者造口适应、自我效能相关性分析 见表 2。

2.4.2 患者及家属术后近期抑郁与患者造口适应、自我效能相关性分析 见表 3。

3 讨论

3.1 造口患者及家属围手术期及术后近期负性情绪呈非线性变化 在以往类似的研究中发现,造口患者及家属围手术期焦虑、抑郁得分高于常模,且患者的负性情绪对其生活质量造成了一定的影响^[6]。通过本次调查,不但再一次证实了造口患者及家属在围手术期采取负性情绪应对手术的应激,且揭示了患者与家属负性情绪变化的特点。本研究调查两者围术期

及术后近期负性情绪发现,两者焦虑、抑郁评分组内比较,差异有统计学意义(均 $P < 0.05$)。患者及家属的术前焦虑及抑郁得分差异不明显,可能是两者在此期同样对手术的结果担心,害怕手术不能成功所致。术后 3 d,患者的焦虑得分下降,而家属的焦虑水平达到高点。这可能是由于患者术后病情变化,家属由于担心患者伤口愈合、害怕后期的经济压力或是由于术中手术切除部分病理结果证实为恶性肿瘤可能需要化疗等问题而处于比较明显的焦虑状态^[7]。术后 1 个月至术后 6 个月,造口患者与其家属间的焦虑、抑郁得分差异明显,家属焦虑、抑郁均在术后 6 个月达到低点;而患者的焦虑逐渐提高,在术后 6 个月达到高点,患者的抑郁水平在术后 1 个月达到高点,随后下降,在术后 6 个月时又升高。这可能是患者在经过术后一段时间的恢复,身体的疼痛逐渐减轻,开始逐渐增加对造口带来的生活改变以及对今后生活质量、身体健康的影响等问题的关注所致。另外由于患者术后最初多由医护人员及其家属为其提供造口护理,术后逐渐转为自我护理,在此过程中如果患者自我护理能力有限或对造口护理不当产生并发症,也会对其心理造成不良影响。

表 2 患者及家属术后不同时期焦虑得分与患者造口适应、自我效能相关性分析($n=45$)

时间	患者自我效能得分		患者造口适应得分	
	<i>r</i>	<i>P</i>	<i>r</i>	<i>P</i>
家属				
术后 1 个月	0.231	0.127	-0.234	0.121
术后 3 个月	0.029	0.848	-0.121	0.429
术后 6 个月	0.408	0.004	0.421	0.004
患者				
术后 1 个月	0.202	0.184	-0.111	0.467
术后 3 个月	0.422	0.004	0.475	0.004
术后 6 个月	-0.065	0.669	-0.002	0.989

表 3 患者及家属术后近期抑郁水平与患者造口适应、自护效能的相关性分析($n=45$)

时间	患者自我效能得分		患者造口适应得分	
	<i>r</i>	<i>P</i>	<i>r</i>	<i>P</i>
家属				
术后 1 个月	0.075	0.625	0.205	0.177
术后 3 个月	0.028	0.857	0.045	0.767
术后 6 个月	0.556	0.000	0.537	0.000
患者				
术后 1 个月	0.274	0.069	0.091	0.552
术后 3 个月	-0.049	0.747	-0.170	0.265
术后 6 个月	0.421	0.023	0.511	0.000

3.2 造口患者及家属围手术期焦虑抑郁情绪的变化,可能是造口患者术后近期自我效能与适应能力发展不同步的原因 此次研究发现,患者家属在术后 6

个月时的焦虑及抑郁水平与同期患者造口自我效能及造口适应水平显著相关(均 $P < 0.01$),同时在造口患者自我效能感逐步增加的同时,其适应水平呈轻度下降趋势。这可能由于患者术后通过反复练习其完成造口常规护理的能力逐步加强,自我独立意识增加,不愿完全依赖家属完成造口护理有关。同时与社会环境接触过程中病耻感逐步增强、担心因造口受到社会歧视、受照顾者负性情绪影响等原因,致造口适应水平得分轻度下降^[8]。造口患者的适应状态对其自我护理能力以及所获得的社会性支持有非常重要的影响,良好的适应状态不仅可以有效提高患者的造口自我护理能力,同时增强患者的生活信心,减少对照顾者的依赖,减轻家庭照护负担,能够更好地获得来自家庭和社会的关怀与照顾^[9]。如果患者及家属负性情绪未能得到较好地控制,对患者造口适应水平将产生破坏作用,降低患者造口自我护理能力,同时负性情绪持续增长对患者生活质量、人际关系、家庭稳定以及健康信念等产生更加严重的负面效应,进一步降低患者造口适应能力,阻碍患者顺利地回归社会生活,对其个人角色认同、生活型态的稳定造成威胁。

3.3 造口患者及家属的心理疏导建议 高颖^[10]研究指出,性别、年龄、文化程度、居住者、职业、家庭月收入、并发症和自觉病情严重程度等因素会对造口患者不同时期自我护理能力的不同维度产生影响,其中与儿女居住的患者术后前 2 个月造口自我护理能力得分高于与配偶居住者。本次选取的患者家属,是对患者提供照护并共同居住的家属,也即上述研究中提到的居住者,所得出的相关结论与之前的研究结果相符。对于永久性肠造口患者而言,其造口是终身的,如果没有得到很好的干预,其负性情绪可能会长期存在并影响患者的生活质量,进而影响家庭生活的稳定。因而,对于造口患者及家属的心理疏导不能仅仅维持在围手术期,或是术后很短的一段时间,应该作为一项长期的工作坚持下来,以帮助患者及家属将负性情绪稳定在较低的水平,逐步提高术后的适应状态,更好地恢复正常的社会生活。医护人员在围手术期及术后近期除了对患者关心、照顾,鼓励其树立治疗信心外,应关注患者家属的心理状态,帮助其减轻焦虑,引导他们积极参与患者术后的治疗和护理工作,建立良好的医患、护患沟通,提供心理宣泄的渠道。为提高患者造口术后的适应状态,避免适应水平波动过大造成不良影响,医护人员应在造口患者出现不良适应前提前实施干预,减轻患者的病耻感,正确看待造口生活,促进患者造口自我效能感与造口适应水平同步提高。其中,应注意正念、心理弹性与负性情绪间的关系,重视患者及家属对焦虑或抑郁的表达,积极引导其用正念对待术后的生活,塑造心理弹性,正视造口手术带来的身体和生活方面的改变,主