Support Care Cancer, 2013, 21(1):139-147.

[21] 王东敏, Morrow-Howell N, 陈功. 国内外体力活动影响因素的研究进展—基于社会生态学视角的分析[J]. 河北体育学院学报, 2017, 31(1):46-53.

[22] Isajevs S, Taivans I, Svirina D, et al. Patterns of inflammatory responses in large and small airways in smokers with and without chronic obstructive pulmonary disease [J]. Respiration, 2011, 81(5):362-371.

[23] 王伟民, 王宾, 范女, 等. 吸烟对肺功能的影响[J]. 四川医

学, 2006, 27(10):1032-1033.

[24] 中华人民共和国国家卫生计生委医政医管局, 中华医学会肿瘤学分会. 中国结直肠癌诊疗规范(2017年版)[J]. 中华外科杂志, 2018, 56(4):241-258.

[25] Torquato Lopes A, Decesaro M. The adjustments experienced by persons with an ostomy: an integrative review of the literature[J]. Ostomy Wound Manage. 2014, 60(10):34-42.

(本文编辑 李春华)

预防性肠造口患者出院早期自我管理现状及影响因素分析

李欣颖¹, 郑学风², 王淑云³, 陆连芳⁴, 于清舒¹

摘要:目的 了解预防性肠造口患者出院早期自我管理现状及影响因素,为制订针对性干预措施提供依据。方法 采用一般资料调查表、出院准备度量表对 266 例预防性肠造口患者于出院前 1 d 进行调查,出院后 60 d 使用肠造口患者自我管理问卷进行调查。结果 预防性肠造口患者自我管理能力得分(102.22±17.56)分;多元线性回归分析显示,是否进行放化疗、是否有造口相关并发症和出院准备度水平是预防性肠造口患者自我管理能力的�主要影响因素(均 $P < 0.01$)。结论 预防性肠造口患者出院早期自我管理能力处于中等水平。医护人员应关注预防性肠造口患者自我管理的影响因素,为患者制订针对性干预措施,改善患者健康结局。

关键词:预防性肠造口; 自我管理能力; 出院准备度; 健康教育; 放疗; 化疗; 造口相关并发症

中图分类号:R473.6 **文献标识码:**A **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2021.01.018

Self-management and its influencing factors among patients receiving preventive enterostomy in early discharge Li Xinying, Zheng Xuefeng, Wang Shuyun, Lu Lianfang, Yu Qingshu. Nursing School of Qingdao University, Qingdao 266021, China

Abstract: Objective To investigate self-management status and its influencing factors among patients receiving preventive enterostomy in early discharge, so as to provide evidence for developing targeted intervention. **Methods** A total of 266 patients receiving preventive enterostomy were investigated utilizing a general data questionnaire, and the Readiness for Hospital Discharge Scale, at 1 day before discharge; 60 days after discharge, they were surveyed with the Enterostomy Patients Self-management Questionnaire.

Results The score of self-management ability among patients receiving preventive enterostomy was (102.22±17.56). Multiple linear regression analysis showed that, whether having received radiotherapy and chemotherapy, whether having experienced ostomy-related complications and discharge readiness level were the major factors influencing the patients' self-management ability ($P < 0.01$ for all). **Conclusion** The self-management ability among patients receiving preventive enterostomy in early discharge is at a moderate level. Medical staff should pay attention to the influencing factors of patients' self-management ability, then develop targeted interventions, so as to improve patients' health outcomes.

Key words: preventive enterostomy; self-management ability; readiness for hospital discharge; health education; radiotherapy; chemotherapy; ostomy-related complications

据 2018 年 GLOBOCAN 统计数据显示,世界结直肠癌在肿瘤发病率中位居第 3 位^[1],且大多为低位直肠癌^[2-3],保肛手术同时行预防性肠造口是低位直肠癌的常见术式^[4]。居家康复期间预防性肠造口患者的身体康复、造口护理、放化疗护理等主要依靠个人或家庭的自我管理。预防性肠造口的中位还纳时间约为 148 d(相当于 5 个月)^[5],并且 24%可能会转变为永久性肠造口^[6],这表明患者的自我管理将是一个较长或永久的过程。预防性肠造口患者造口还纳

是否顺利,与造口恢复前患者的自我管理密切相关^[7]。有文献报道,在快速康复理念下直肠癌术后患者出院指导内容并未能完全满足患者需求,导致患者出院准备度不充分,可能会影响其造口自我管理能力的^[8]。本研究旨在了解预防性肠造口患者出院早期的自我管理水平,并探讨其与出院准备度的关系,以期制订针对性干预措施提高患者的自我管理水平和改善患者健康状况提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 选取 2019 年 6~12 月在青岛市某三甲医院首次手术的 266 例预防性肠造口患者作为研究对象。纳入标准:①年龄≥18 岁;②读写能力正常、语言沟通能力良好;③直肠癌首次行预防性肠造口手术;④自愿参与本研究,签署知情同意书;⑤日常生活活动能

作者单位:1. 青岛大学护理学院(山东 青岛,266021);青岛大学附属医院 2. 胃肠外科 3. 急诊外科 4. 肝胆胰外科
李欣颖,女,硕士在读,学生
通信作者:陆连芳,18661809507@126.com
收稿:2020-08-01;修回:2020-10-03

力(ADL)评分为 100 分;⑥患者或家属能够用电话或者手机联系。排除标准:①存在精神疾病、意识障碍或沟通障碍;②有其他危及生命的疾病,如器官衰竭、严重心血管疾病等;③出院后加入其他研究或入住养老院;④酗酒或药物滥用。完成调查研究的患者 266 例,男 177 例,女 89 例;年龄 23~89(62.15±12.67)岁。婚姻状况:已婚 244 例,单身/离异/丧偶 22 例。文化程度:小学以下 63 例,初中 101 例,中专及高中 63 例,大专以上 39 例。付费类型:自费 4 例,城镇居民医保 52 例,城镇职工医保 119 例,农村合作医疗 91 例。居住地:城镇 162 例,农村 104 例。工作状态:在职 38 例,退休 126 例,自由职业 16 例,无工作 86 例。回肠造口 255 例,结肠造口 11 例。TNM 分期:I 期 32 例,II 期 107 例,III 期 117 例,IV 期 10 例。术后需要放化疗:放疗 6 例,放化疗 36 例,化疗 114 例,无放化疗 110 例;存在造口相关并发症 100 例。

1.2 方法

1.2.1 研究工具

1.2.1.1 一般资料和造口相关资料问卷 根据研究目的自制,主要包括性别、年龄、婚姻状况、文化程度、付费类型、居住地、造口类型及 TNM 分期等。

1.2.1.2 中文版出院准备度量表 出院准备度量表由 Weiss 等^[9]编制,本研究采用汉化版量表^[10],包含 12 个条目,由个人状态(3 个条目)、适应能力(5 个条目)和预期性支持(4 个条目)3 个维度构成。每个条目采用 0~10 分评分法,各条目得分之和为量表总分(0~120 分),得分越高表示出院准备度越高。中文版量表 Cronbach's α 系数为 0.89。

1.2.1.3 肠造口自我管理问卷 此问卷由韩舒^[11]研制,用于评价患者造口自我管理能力。问卷包括造口护理管理(9 个条目)、症状管理(4 个条目)、信息管理(5 个条目)、日常生活管理(8 个条目)、心理管理(4 个条目)5 个维度,共 30 个条目。每个条目从“没有”到“总是”依次赋 1~5 分,问卷总分 30~150 分,其中 111~150 分、71~110 分、30~70 分分别表示患者自我管理能力好、中、差。问卷 Cronbach's α 系数为 0.916,内容效度为 0.903。

1.2.2 资料收集方法 调查前获得患者知情同意,由研究者对符合条件的患者进行问卷调查。一般资料、出院准备度量表在患者出院前 1 d 完成填写。肠造口患者自我管理能力测评在患者出院后 60 d 门诊复诊时完成。研究者通过微信或电话提醒患者按时复诊。采用统一指导语指导患者进行问卷填写,问卷填写完成后当场回收检查,补充遗漏内容。本研究出院前 1 d 发放问卷 280 份,回收有效问卷 273 份。出院后发放问卷 273 份,回收有效问卷 266 份。对完成 2 次调查的 266 例患者资料进行统计分析。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS23.0 软件对数据进行统计分析,符合正态分布的计量资料采用均数±标

准差描述,行 *t* 检验、单因素方差分析、Pearson 相关性分析和多元线性回归分析。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 预防性肠造口患者造口自我管理能力和出院准备度得分 见表 1。

表 1 预防性肠造口患者自我管理能力和出院准备度得分($n=266$) 分, $\bar{x} \pm s$

项目	总分	条目均分
造口自我管理能力总分	102.22±17.56	3.41±0.59
造口护理管理	28.44±7.89	3.16±0.88
症状管理	14.13±3.40	3.53±0.85
信息管理	15.20±4.36	3.04±0.87
日常生活管理	30.42±5.25	3.80±0.66
心理管理	14.03±3.10	3.51±0.78
出院准备度总分	84.43±5.87	7.04±0.49
个人状态	24.15±2.67	8.05±0.89
适应能力	31.66±3.70	6.33±0.74
预期性支持	28.53±2.43	7.13±0.61

2.2 不同特征预防性肠造口患者自我管理能力的单因素分析 单因素分析结果显示,不同性别、年龄、婚姻状况、文化程度、付费类型、居住地、工作状态的患者自我管理能力得分比较,差异无统计学意义(均 $P>0.05$),差异有统计学意义的项目,见表 2。

表 2 不同特征预防性肠造口患者自我管理能力得分比较差异有统计学意义的项目

项目	例数	得分 (分, $\bar{x} \pm s$)	<i>t</i> / <i>F</i>	<i>P</i>
TNM 分期			2.839	0.038
I 期	32	108.59±18.13		
II 期	107	102.10±16.74		
III 期	117	101.52±18.02		
IV 期	10	91.20±13.29		
术后放化疗			24.843	0.000
放疗	6	80.33±14.92		
放化疗	36	96.61±15.85		
化疗	114	96.05±14.57		
无	110	111.64±16.52		
造口相关并发症			3.602	0.000
有	100	97.33±16.24		
无	166	105.16±17.71		

2.3 预防性肠造口患者自我管理能力与出院准备度的相关性 预防性肠造口患者自我管理能力与出院准备度呈显著正相关, $r=0.313$, $P=0.000$ 。

2.4 预防性肠造口患者自我管理能力影响因素的多元线性回归分析 将自我管理能力总分作为因变量,将单因素分析中有统计学意义的项目和出院准备度作为自变量进行多元线性回归分析,结果显示,术后放化疗(以“无”为对照设置哑变量)、是否有造口相关并发症(赋值:有=1,无=0)、出院准备度是预防性肠

造口患者自我管理能力的因素,可以解释总变异的 30.0%,见表 3。

表 3 预防性肠造口患者自我管理能力影响因素的多元线性回归分析(n=266)

变量	β	SE	β'	t	P
常数项	47.846	13.623	—	3.512	0.001
术后放化疗					
放疗	-29.948	6.235	-0.254	4.803	0.000
放化疗	-12.586	2.851	-0.246	4.415	0.000
化疗	-13.066	2.042	-0.369	6.398	0.000
造口相关并发症	-5.943	1.885	-0.164	3.152	0.002
出院准备度	0.792	0.155	0.265	5.095	0.000

注: $R^2=0.316$,调整 $R^2=0.300$; $F=19.929$, $P=0.000$ 。

3 讨论

3.1 预防性肠造口患者自我管理能力的因素 随着全直肠系膜切除术的广泛开展、新辅助放化疗技术在中晚期直肠癌患者中的应用、手术技术的提高和医疗器械的改进,越来越多低位、甚至超低位直肠癌患者在完整切除肿瘤的情况下能够保留肛门^[12]。但为降低需手术干预的吻合口漏二次手术率、吻合口漏相关病死率和减轻吻合口漏的后果,患者需要同时行预防性肠造口^[13]。肠造口改变了身体结构和排泄途径,使患者普遍存在焦虑、抑郁、孤独感等负性情绪^[14]。出院早期患者自我管理经验缺乏,院内健康教育等理论知识并未完全转换为良好的实践能力,导致患者极易发生造口相关并发症。本研究显示,预防性肠造口患者出院早期自我管理处于中等水平,高于韩舒^[11]的调查结果。分析原因,可能是本文研究对象是出院早期患者,患者因是首次携带造口生活,基本会严格按照围术期健康教育进行自我管理;其次,早期患者一般会遵医嘱在造口门诊按时、按需复诊,通过与造口师的交流,可获得更多的专业知识和技能,同时也可和其他造口患者交流所遇到的问题,了解更多的解决方法和自我管理知识。根据条目均分可知,预防性肠造口患者自我管理能力的 5 个维度中,信息管理得分最低,其次是造口护理管理。本研究中预防性肠造口患者平均年龄为 62.15 岁,大部分为老年人,对于复杂的网络信息和专业造口知识难以从中筛选出可靠的信息。本研究中 95.86% 的患者是回肠造口,粪便较为稀薄、不成型、易渗漏并且其中含有大量消化酶,对周围皮肤的刺激性较大,致使回肠造口护理难度相对较大,患者短期内难以完全掌握回肠造口的护理技巧。因此,医护人员需要正确判断患者信息需求,通过多种形式向患者提供疾病治疗和护理知识,向患者推荐微信相关公众号或造口患者微信群,方便出院患者获得正确的信息,为患者与其他造口患者交流造口护理经验提供便利,提高自我护理技能。

3.2 预防性肠造口患者自我管理能力的因素

3.2.1 术后放化疗 预防性肠造口患者术后需根据

其疾病分期等综合情况进行放化疗,防止疾病复发。本研究表明,术后是否进行放化疗是预防性肠造口患者自我管理能力的因素,不需要放化疗患者的自我管理显著高于需要放化疗患者。放化疗过程中患者会出现疲乏无力、恶心呕吐、食欲不振、腹泻和便秘等不良反应,加之术后患者容易出现肠道并发症^[15],可能会导致患者营养状况较差、身体虚弱、精神不济,无暇顾及自我管理。因此,健康教育应该考虑患者出院后的放化疗计划,提前告知患者可能出现的不良反应及相对应的处理方式,同时将患者的主要照顾者作为健康教育对象,保证主要照顾者掌握预防性肠造口居家自我管理内容,利于督促和辅助患者加强自我管理,提高患者自我管理水平。

3.2.2 是否有造口相关并发症 据文献报道,预防性肠造口患者造口相关并发症的发生率会随造口还纳时间的延长而增加^[16]。本研究中预防性肠造口患者造口相关并发症发生率为 37.59%,略低于张红彬等^[16]的报道。本研究结果显示,造口相关并发症是患者自我管理的主要影响因素。这与栾冬云等^[17]的研究结果相似,原因可能是并发症发生以后,患者需要增加部分造口附件,如防漏膏、防漏条等,这使原本复杂的造口护理变得更为繁琐、细致,增加了造口护理难度。另一方面,并发症的发生会使患者认为自我管理造口方法存在问题,加重患者的挫败感,降低自我管理造口的信心和积极性。提示医护人员对预防性肠造口患者需要持续进行随访,根据患者情况选择合适随访方案,为出院患者提供个性化指导;出院指导中告知患者造口门诊就诊时间,鼓励患者定期到造口门诊复诊,出现问题及时寻求专业的帮助;指导患者自我监测、识别并发症,并根据其严重程度采取对应的处理方法,不断提高患者自我管理水平。

3.2.3 出院准备度 出院准备度不仅是对患者离开医疗机构后进一步康复能力的评价,也是患者对是否准备好出院的一种感知及患者出院后过渡期安全与否的一种预测^[18]。本研究中,患者出院准备度水平与患者自我管理呈正相关,说明出院准备度可以显著地正向预测患者自我管理。原因可能是,出院准备度得分较高患者,通常具备以下属性:良好的身体稳定性,包括良好的功能状态和居家自我保健能力;出院后的造口相关护理需求能得到满足;具有足够信心应对出院后遇到的问题,拥有能得到院外常见问题的丰富信息和知识^[19],而这些属性也是患者进行自我管理的必不可少的条件。医护人员可通过制订适用于预防性肠造口的出院计划,保证患者自入院到出院后得到充分的照护,帮助患者做好生理和心理的出院准备,顺利从医院过渡到家庭,防止并发症发生,减少再入院的可能。但是患者大都有尽早离院回家的心情,所以需要考虑到患者自评出院准备度和其

实际出院准备之间的差异,应综合多方如家属、责任护士等的评价结果,客观、准确地评估患者的出院准备度,正确判断患者的出院时机,使患者充分具备出院的条件。

4 小结

本次研究发现,预防性肠造口患者的自我管理力处于中等水平,是否进行放化疗、是否有造口相关并发症、出院准备度是预防性肠造口患者的重要影响因素。医护人员应帮助患者做好充足的出院准备,制订随访计划帮助患者适应造口生活,提高患者自我管理能力。本研究存在的不足之处,本次研究收集的是出院后 2 个月的患者,患者的自我管理经历较短,随着患者造口携带时间延长,其自我管理能力可能有些变化,需要进行纵向研究,探讨不同时期预防性肠造口患者的自我管理水平和影响因素。

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] Hawkes N. Campaigners win fight to retain UK statistics on cancer deaths, lifestyle, and suicides[J]. *BMJ*, 2014, 348:g1504.

[3] 茆家定,吴佩,杨光,等.超低位直肠癌保肛术的临床应用价值[J].*中华消化外科杂志*, 2015, 14(6):461-465.

[4] 汪建平.低位直肠癌术式选择及评价[J].*中国实用外科杂志*, 2017, 37(6):593-595.

[5] David G G, Slavin J P, Willmott S, et al. Loop ileostomy following anterior resection: is it really temporary? [J]. *Colorectal Dis*, 2010, 12(5):428-432.

[6] Holmgren K, Kverneng Hultberg D, Haapamäki M M, et al. High stoma prevalence and stoma reversal complications following anterior resection for rectal cancer: a population-based multicentre study[J]. *Colorectal Dis*, 2017, 19(12):1067-1075.

[7] Danielsen A K, Soerensen E E, Burcharth K, et al. Impact of a temporary stoma on patients' everyday lives: feelings of uncertainty while waiting for closure of the

stoma[J]. *J Clin Nurs*, 2013, 22(9-10):1343-1352.

[8] 贺育华,杨婕,蒋理立,等.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[J].*护理学杂志*, 2019, 34(10):17-19.

[9] Weiss M E, Piacentine L B. Psychometric properties of the Readiness for Hospital Discharge Scale[J]. *J Nurs Meas*, 2006, 14(3):163-180.

[10] Lin Y H, Kao C C, Huang A M, et al. Psychometric testing of the chinese version of the readiness for hospital discharge scale[J]. *Hu Li Za Zhi*, 2014, 61(4):56-65.

[11] 韩舒.肠造口患者自我管理现状及医院—社区—家庭护理模式构建的研究[D].青岛:青岛大学,2014.

[12] Zhou X, Lin C, Chen W, et al. Completely diverted tube ileostomy compared with loop ileostomy for protection of low colorectal anastomosis: a pilot study[J]. *Colorectal Dis*, 2014, 16(9):327-331.

[13] 裴炜,王锡山.低位直肠癌保肛术预防性回肠造口若干问题探讨[J].*中华结直肠疾病电子杂志*, 2017, 6(5):373-376.

[14] 郝建玲.大肠癌造口患者症状群纵向研究[D].上海:第二军医大学,2012.

[15] Schneider E C, Malin J L, Kahn K L, et al. Surviving colorectal cancer: patient-reported symptoms 4 years after diagnosis[J]. *Cancer*, 2007, 110(9):2075-2082.

[16] 张红彬,李蜀华,李洲,等.预防性回肠造口相关并发症及还纳时机分析[J].*现代临床医学*, 2019, 45(3):169-171.

[17] 栾冬云,吴燕.直肠癌临时肠造口患者自我护理能力调查及影响因素分析[J].*中国实用护理杂志*, 2017, 33(7):508-512.

[18] Rochefort C M, Rathwell B A, Clarke S P. Rationing of nursing care interventions and its association with nurse-reported outcomes in the neonatal intensive care unit: a cross-sectional survey[J]. *BMC Nurs*, 2016, 15(1):46-53.

[19] Galvin E C, Wills T, Coffey A. Readiness for hospital discharge: a concept analysis[J]. *J Adv Nurs*, 2017, 73(11):2547-2557.

(本文编辑 李春华)

• 敬告读者 •

电子文献著录格式

[序号] 主要责任者.题名:其他题名信息[文献类型标识/文献载体标识].出版地:出版者,出版年:引文页码(更新或修改日期)[引用日期].获取或访问路径.举例如下:

[1] Soukup T, Gandamihardja TAK, McInerney S, et al. Do multidisciplinary cancer care teams suffer decision-making fatigue: an observational, longitudinal team improvement study[J/OL]. *BMJ Open*, 2019, 9(5):e027303 [2020-12-02]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31138582/>.

文献类型标识/文献载体标识:[DB/OL]—联机网上数据库:[DB/MT]—磁带数据库:[M/CD]—光盘图书:[CP/DK]磁盘软件:[J/OL]—网上期刊:[EB/OL]—网上电子公告。