

· 论 著 ·

肠造口患者出院准备度干预方案的构建及应用

赵煜华¹, 王俊霞², 吴田瑞³, 邵李姣⁴, 葛淑怡⁴, 张瑞星⁴, 林素红¹

摘要:目的 构建肠造口患者出院准备度干预方案,验证应用效果。方法 通过前期调查、文献回顾、小组讨论、专家咨询及预试验构建肠造口患者出院准备度干预方案。按照住院病区将结直肠癌肠造口患者分为对照组 43 例和观察组 44 例,对照组给予常规护理,观察组在常规护理基础上实施出院准备度干预方案。结果 观察组出院准备度、自我管理能力和造口适应水平显著高于对照组(均 $P < 0.05$)。结论 肠造口患者出院准备度干预有利于提高患者的出院准备度、自我管理能力和造口适应水平。

关键词: 结直肠癌; 肠造口; 出院准备模型; 出院准备度; 自我管理能力和造口适应水平

中图分类号: R473.6 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2023.09.006

Development and application of a discharge readiness intervention program in stoma patients Zhao Yuhua, Wang Junxia, Wu Tianrui, Shao Lijiao, Ge Shuyi, Zhang Ruixing, Lin Suhong. Department of Colorectal and Anal Surgery, The First Affiliated Hospital of Zhengzhou University, Zhengzhou 450052, China

Abstract: **Objective** To develop an intervention program to improve discharge readiness in stoma patients and to verify its effect. **Methods** Based on previous investigation, literature review, group discussion, expert consultation and pilot study, the intervention scheme was developed. Through a quasi-experimental research design, 43 colorectal cancer patients with stoma hospitalized in one unit were assigned to a control group, receiving standard care, while 44 hospitalized in another unit were assigned to an intervention group, which received additional interventions focused on readiness for discharge. **Results** The readiness for discharge, self-management ability and adaptation to stoma in the intervention group were significantly higher than those in the control group (all $P < 0.05$). **Conclusion** Interventions focused on readiness for discharge can improve patients' discharge readiness, self-management ability and adaptation to stoma.

Key words: colorectal cancer; stoma; model for hospital discharge preparation; readiness for hospital discharge; self-management ability; adaptation to stoma

结直肠癌是严重威胁人类健康的恶性肿瘤之一。结直肠癌主要的治疗方法是外科手术,50%~60%的患者术后存在肠造口^[1],造口术后患者生理、心理、社会功能受到严重影响,出院后还可能面临造口相关并发症或心理适应不良等问题^[2],出院准备需要更充分。出院准备度是综合衡量患者出院准备状况的重要综合指标^[3]。良好的出院准备度有助于降低非计划性再入院率和并发症发生率、提高医疗资源利用率^[4]。但随着医疗体制的改革,患者住院时间缩短,甚至还未正视造口护理便已出院^[5],且临床患者出院往往是医生根据生理指标恢复情况决定^[2],致使结直肠癌肠造口患者出院准备度不足问题突出。目前,我国针对该群体的干预研究大多仅涉及住院期间的出院教育,对于出院后专业医疗资源调动、出院转介服务等环节欠缺。Weiss 等^[6]提出了出院准备模型,指出提高出院准备度的干预应包括出院计划、出院教育、出院协调(转介)三部分。鉴此,本研究构建基于该模型的出院准备度干预方案,并应用于临床,效果

满意,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取郑州大学第一附属医院胃肠外科结直肠癌肠造口患者为研究对象。纳入标准:①年龄 18~75 岁;②临床病理学确诊为结直肠癌,拟初次择期行肠造口术;③病情稳定,预计生存期 ≥ 6 个月;④日常生活自理,无肢体功能及视力障碍;⑤知情,同意参与本研究。排除标准:①精神、意识、认知及沟通障碍;②并存其他恶性肿瘤或肿瘤转移;③并存心、脑、肾等其他器官严重损害;④正在参加其他研究。剔除标准:①研究过程中意外死亡或放弃治疗;②因各种原因中途退出;③手术过程中因任何原因未行肠造口术。采用抛硬币法以病区为单位分组,最终胃肠外科一病区 44 例作为观察组,二病区 43 例作为对照组。两组一般资料比较,见表 1。

1.2 干预方法

对照组实施肠造口术常规护理,包括入院宣教、结直肠癌围手术期常规护理、造口专科常规护理(术前向患者及家属讲解肠造口手术的必要性,进行造口定位并给予心理支持;术后发放肠造口护理手册,向患者及家属讲解造口袋更换方法、造口产品使用、造口相关并发症识别和处理方法、日常生活注意事项,床旁示范造口袋更换流程)、出院常规指导及出院后

作者单位:郑州大学第一附属医院 1. 结直肠肛门外科 2. 门诊部 3. 口腔科二病区(河南 郑州,450052);4. 郑州大学护理与健康学院

赵煜华:女,硕士,护师

通信作者:王俊霞,13939055091@126.com

收稿:2022-11-02;修回:2023-01-16

随访。观察组在常规护理基础上实施出院准备度干 预,具体如下。

表 1 两组一般资料比较

例

组别	例数	性别		年龄(岁)			文化程度			婚姻状况		工作状况		居住地	
		男	女	18~	45~	60~75	初中及以下	高中或中专	大专及以上学历	单身*	已婚	在职	非在职	农村或乡镇	城市
对照组	43	26	17	7	19	17	31	7	5	15	28	2	41	29	14
观察组	44	31	13	10	23	11	30	11	3	9	35	5	39	27	17
统计量		$\chi^2=0.961$		$Z=-1.402$			$Z=-0.211$			$\chi^2=2.267$		$\chi^2=0.573$		$\chi^2=0.350$	
P		0.327		0.161			0.833			0.132		0.449		0.554	
组别	例数	独居	家庭人均月收入(元)			医疗费用支付方式		肿瘤类别		TNM分期					
			<1000	1000~3000	>3000	医保	自费	结肠癌	直肠癌	I	II	III	IV		
对照组	43	6	13	21	9	41	2	26	17	3	22	13	5		
观察组	44	2	12	20	12	43	1	18	26	7	12	21	4		
统计量		$\chi^2=1.316$	$Z=-0.587$			$\chi^2=0.000$		$\chi^2=3.327$		$Z=-0.507$					
P		0.251	0.557			0.984		0.068		0.612					

注:* 未婚、离异、丧偶。

1.2.1 成立出院准备度干预小组 由研究者本人、1 名护理硕士研究生导师、1 名胃肠外科护士长、1 名胃肠外科医生、5 名胃肠外科责任护士(取得造口治疗师资质、心理咨询师资质各 1 名)、1 名在读研究生组成。导师负责干预整体指导;护士长负责干预过程中的协调;造口治疗师负责造口护理技能培训、出院转介协调;医生负责术前讲解手术相关知识;心理咨询师负责心理疏导培训和指导;研究者本人负责干预前准备工作、主持干预活动、辅助责任护士实施干预、随访及收集数据;另 3 名责任护士负责实施干预,在读研究生协助研究者随访、收集和整理资料。

1.2.2 构建出院准备度干预方案 课题组前期进行了结直肠癌造口患者出院准备度横断面调查,为干预方案构建奠定基础。之后课题组成员系统检索国内外数据库中关于外科手术患者出院准备的相关文献,召开小组会议讨论,拟定干预方案初稿,邀请胃肠外科临床医学、外科护理、心理护理、伤口造口专科护理、护理管理、慢性病健康管理领域的 12 名专家进行 2 轮专家咨询,并根据专家建议修改干预方案。最后选取符合纳入标准的 10 例结直肠癌造口患者进行预试验,进一步修改完善,形成干预方案终稿。

1.2.3 干预人员培训 由研究者本人、造口治疗师、心理咨询师分别对干预人员进行干预方法、造口护理知识和技能、心理护理方法培训。

1.2.4 实施出院准备度干预方案

1.2.4.1 实施前准备 ①根据造口患者出院计划指南^[7]制订造口护理宣教视频,由造口治疗师讲解与操作,录制成集。②肠造口相关并发症比较抽象且内容繁多,干预小组借鉴国外结直肠癌早期并发症警示卡^[8]的开发过程,编制肠造口相关并发症警示卡,将每一个并发症识别的关键特征用通俗简短的文字描述,并配有图片,同时对并发症进行色彩分级,绿色为安全区(这些特征代表正常现象,不必担心),黄色是预警区(出现此现象需在专业人士指导下处理),红色是危险区(出现此类现象必须立即到医院就诊),而且还附有造口治疗师联系方式。③将更换造口袋 ARC 流程(Apply—佩戴、Romove—去除、Check—检查)

制作成图文并茂、简洁明了的口诀卡,以口诀的形式呈现造口袋更换的关键步骤,并配有相关操作图片。

④编制院外护理信息咨询卡,包含造口治疗师联系方式、造口门诊坐诊时间及地址、造口产品购买渠道等。

1.2.4.2 方案实施 出院准备度干预方案及具体实施方法见样表 1。

1.3 评价方法 ①肠造口患者出院准备度量表。患者出院当天采用于清舒等^[9]编制的量表进行测量,包括知识(3 个条目)、应对能力(8 个条目)、个人状态(3 个条目)、预期支持(4 个条目)4 个维度共 18 个条目,采用 0~10 分计分,总分 0~180 分,总分越高表明出院准备度越好。该量表 Cronbach's α 系数为 0.923^[9]。②肠造口患者自我管理问卷。采用韩舒^[10]编制的问卷,包括 5 个维度共 30 个条目,采用 Likert 5 级计分法,从“没有”到“总是”分别计 1~5 分,总分 30~150 分,得分越高表明自我管理能力越好。该问卷 Cronbach's α 系数为 0.916^[10]。③造口患者适应量表。采用皋文君等^[11]汉化的量表,包括 3 个维度共 20 个条目,采用 Likert 5 级(0~4 分)计分法,总分 0~80 分,得分越高表示患者社会心理适应越好。该量表 Cronbach's α 系数为 0.886^[11]。由研究者本人和在读研究生于患者出院当天或出院 1 个月、3 个月来院复查时收集以上资料;对于未来院复查者,则通过电话或微信收集。

1.4 统计学方法 采用 SPSS21.0 软件进行统计描述、 χ^2 检验、t 检验、秩和检验及广义估计方程。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组出院准备度得分比较 见表 2。

2.2 两组出院后不同时间自我管理、造口适应得分比较 见表 3。

3 讨论

3.1 出院准备度干预可提高患者出院准备度水平 研究结果显示,观察组出院准备度总分及各维度评分显著高于对照组(均 $P<0.05$),表明出院准备度干预可提高结直肠癌造口患者的出院准备度水平。观

察组将造口护理教育前移,即从术前确定将要做造口手术就开始渗透造口护理,这在一定程度上增加了出院准备时间,也帮助患者树立了及早做好出院准备意识^[12-13]。本研究出院准备度干预针对出院准备度的影响因素及出院准备模型制订出院计划、实施出院

教育、开展出院协调,有针对性地全面布局,干预更加有效。此外,整个出院准备过程中借鉴国外经验开发并使用重点突出、简洁明了的宣教工具,提高了出院指导质量^[14],进而有助于提高出院准备度。

样表 1 出院准备度干预方案及实施方法

干预时间	干预主题	干预内容及方法
术前 2~3 d (30 min)	相识相知, 制订计划	①开展干预宣讲会:由科室护士长主持,干预小组成员自我介绍,与患者熟悉并建立信任关系,发放肠造口护理工具包(内含肠造口护理手册、造口产品介绍单、院外护理咨询信息卡、造口袋更换 ARC 口诀卡、肠造口相关并发症警示卡等),签署知情同意书。②初次认识造口:造口治疗师根据肠造口护理手册向患者讲解肠造口,以实物讲解造口用品和辅助用品,引导患者及家属触摸,鼓励患者提问。③树立自我管理意识:研究者向患者强调自我护理的重要性及益处,并播放造口自我护理成功的案例及良好的生活状态,树立自我管理意识。④建立治疗性伙伴关系:尊重患者的自主性、言论自由及参与护理决策的权利,鼓励患者表达对治疗、护理的想法和需求,尽量满足其合理需求,制订出院计划。
术前 1 d (30 min)	触摸模型, 从容应对	①再次认识造口:主管医生采用解剖模具向患者讲解肠道的局部解剖结构及功能、肠造口手术及必要性、肠造口类型等。②术前触摸肠造口模型:责任护士指导患者观看肠造口护理视频,引导患者触摸肠造口模型,逐渐增加对肠造口的认识,消除陌生感,促进心理适应。③造口定位与心理疏导:造口治疗师为患者进行造口定位,了解患者的心理感受、对肠造口的顾虑与担忧,纠正患者的错误认知,讲述成功适应造口的案例,提升术后携带造口生活的信心,促进其心理适应。
术后第 1 天 (30 min)	造口袋更换, 床旁示范	①心理呵护:责任护士更换造口袋前鼓励患者表达想法和感受,给予共情及情感上的支持和关爱,嘱家属陪伴和情感支持。②造口袋更换示范:责任护士在第 1 次更换造口袋时,分步讲解该造口的类型、正常造口的颜色、形状、高度、造口袋更换的方法和频率。
术后第 3~4 天 (45 min)	技能训练, 一起来练	①激励和表扬:责任护士对患者取得的进步给予鼓励和表扬,激励患者继续参与出院计划,增强康复和自我护理信心。②观看造口护理视频:研究者组织肠造口患者于 15:00 到示教室观看肠造口护理视频,确保干预团体成员全部到场。③造口技能训练:责任护士以实物分步讲解造口用品及辅助用品的使用方法,让患者利用肠造口模型亲身练习,责任护士辅导,最后通过患者技能操作展示来反馈学习效果,确保全部患者掌握。④责任护士对所有患者的表现和进步给予表扬,鼓励患者自我护理。
术后第 5 天 (20 min)	造口相关并发症识别处理	①激励和表扬:同上。②并发症预警教育:责任护士在治疗护理时讲解肠造口并发症及肠造口周围皮肤并发症知识,之后让患者用自己的语言陈述相关并发症识别、观察与处理的方法,给予纠正强化。
术后第 6 天 (20 min)	衣食住行, 一定能行	①激励和表扬:同上。②日常生活指导:责任护士在治疗护理时根据肠造口护理手册指导患者饮食、日常生活注意事项,鼓励患者表达疑惑,答疑解惑,通过对患者提问查漏补缺。
出院前 1~2 d (30 min)	造口适应, 我也能行	①研究者组织患者于 15:00 到示教室参加“阳光之家活动”,确保干预团体成员全部到场,由研究者主持。②播放由造口人自己录制的讲述自身造口经历的心路历程和经验视频,同伴支持达到共鸣,对视频内容进行总结,促进患者适应造口。③研究者对干预活动总结,对患者进行鼓励和表扬,发放造口测量尺作为奖励。
出院当天 (20 min)	链接资源, 安心出院	①信息预期支持:研究者向患者介绍出院后可利用的社会资源,推荐患者加入“肠呵护常快乐”微信群、关注“造口护理管家”微信公众号。②出院转介:造口治疗师帮助患者联系当地或离其最近的造口治疗师,告知转介信息,将造口治疗师联系信息填入院外护理咨询信息卡,让患者安心出院。

表 2 两组出院准备度得分比较 分, $M(P_{25}, P_{75})/\bar{x} \pm s$

组别	例数	总分	知识	个人状态	预期支持	应对能力
对照组	43	109.26 ± 10.81	13.98 ± 3.63	13.67 ± 5.04	15.07 ± 5.12	67.00(60.00, 73.00)
观察组	44	122.50 ± 14.15	17.45 ± 3.27	17.02 ± 5.21	18.07 ± 5.19	70.00(69.00, 71.00)
<i>t/Z</i>		4.897	4.730	3.047	2.712	-2.067
<i>P</i>		<0.001	<0.001	0.003	0.008	0.039

表 3 两组出院后不同时间自我管理、造口适应得分比较 分, $M(P_{25}, P_{75})$

组别	例数	自我管理		造口适应	
		出院 1 个月	出院 3 个月	出院 1 个月	出院 3 个月
对照组	43	79.00(71.00, 87.00)	81.00(74.00, 88.00)	40.00(32.00, 48.00)	41.00(34.00, 50.00)
观察组	44	74.00(75.25, 92.75)	94.00(88.00, 100.75)	45.00(36.25, 53.75)	49.00(40.25, 57.75)

注:两组自我管理得分比较, $Wald \chi^2_{时间} = 1655.559$, $Wald \chi^2_{组间} = 19.258$, $Wald \chi^2_{交互} = 725.595$, 均 $P < 0.05$;造口适应得分比较, $Wald \chi^2_{时间} = 465.766$, $Wald \chi^2_{组间} = 7.670$, $Wald \chi^2_{交互} = 78.546$, 均 $P < 0.05$ 。

3.2 出院准备度干预可提高患者自我管理能力 研究结果显示,两组自我管理评分的时间效应、组间效应及交互效应显著(均 $P < 0.05$),表明出院准备度干预可提高患者自我管理能力。分析原因可能是出院准备度干预在术前向患者强调自我护理的重要性及益处,树立患者的自我管理意识,并播放此前造口患者自我护理成功的案例,展示造口患者自我护理的良好生活状态,增强在院患者的自我护理信心^[15];术前开始造口教育,如以实物讲解造口用品和辅助用物,引导患者触摸造口产品和肠造口模型等,为其自我管理造口奠定基础;术后进行造口技能训练,并对其取得的进步进行表扬和鼓励,调动患者自我管理的积极性,同时激发患者自我管理行为^[16]。另外,出院准备度干预提高了患者的出院准备度,而这些准备都是自我管理必不可少的部分。Galvin 等^[17]也指出,出院准备较好的患者更具有能力和信心应对出院后的居家自我管理。

3.3 出院准备度干预可提高患者造口适应水平 研究结果显示,两组造口适应总分的时间效应、组间效应及交互效应显著(均 $P < 0.05$),表明出院准备度干预可提高患者造口适应水平。可能因为术前引导观察组患者触摸肠造口模型,逐渐增加其对肠造口的认识,消除陌生感,同时术前进行心理疏导,纠正患者萌生的错误认知,讲述成功适应造口的真实案例,促进患者术后携带造口生活的信心和造口适应^[15]。Lim 等^[18]发现,患者掌握造口护理知识和技能是促进其适应造口的重要部分。本研究对观察组患者在不同阶段采用不同方法多措并举,循序渐进地强化造口护理教育,更有助于患者对造口护理深刻理解,进而促进患者造口适应。此外,术后鼓励患者表达内心感受,并以共情回应患者,播放造口人励志故事,同伴支持达到共鸣,进一步促进患者适应造口。

4 小结

本研究基于量性调查、文献回顾、专家咨询、预试验等方法制订出院准备度干预方案,应用于结直肠癌造口患者,提高了患者的出院准备度、自我管理能力和造口适应水平。但本研究仅观察了干预后 3 个月的效果,长期干预效果有待探究;另外,出院转介为人工联系下级医院或社区的造口专科护士,建议开发基于互联网的出院转介医疗信息共享系统,建立完善的出院转介机制,助力出院转介服务。

参考文献:

[1] Costas-Chavarri A, Nandakumar G, Temin S, et al. Treatment of patients with early-stage colorectal cancer: ASCO resource-stratified guideline[J]. *J Glob Oncol*, 2019, 5: 1-19.
 [2] 金英爱,李春玉,金红花,等.永久性肠造口患者术后生活体验的质性研究[J]. *中国老年学杂志*, 2019, 39(15): 3816-3821.
 [3] Weiss M E, Piacentine L B. Psychometric properties of the Readiness for Hospital Discharge Scale[J]. *J Nurs*

Meas, 2006, 14(3): 163-180.
 [4] 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.
 [5] Yang J, He Y, Jiang L, et al. Colorectal patients' readiness for hospital discharge following management of enhanced recovery after surgery pathway: a cross-sectional study from China[J]. *Medicine (Baltimore)*, 2020, 99(8): e19219.
 [6] Weiss M E, Bobay K L, Bahr S J, et al. A model for hospital discharge preparation: from case management to care transition[J]. *J Nurs Adm*, 2015, 45(12): 606-614.
 [7] Prinz A, Colwell J C, Cross H H, et al. Discharge planning for a patient with a new ostomy: best practice for clinicians[J]. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 2015, 42(1): 79-82.
 [8] Naik A D, Horstman M J, Li L T, et al. User-centered design of discharge warnings tool for colorectal surgery patients[J]. *J Am Med Inform Assoc*, 2017, 24(5): 975-980.
 [9] 于清舒,陆连芳,王淑云,等.肠造口患者出院准备度量表的编制及信效度检验[J]. *中国实用护理杂志*, 2020, 36(13): 998-1002.
 [10] 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.
 [11] 皋文君,袁长蓉.中文版造口患者适应量表的信效度测评[J]. *中华护理杂志*, 2011, 46(8): 811-813.
 [12] 潘兰,刘东英,张振香,等.腹腔镜结直肠癌手术患者出院准备服务干预方案的制订与实施[J]. *护理学杂志*, 2020, 35(14): 1-5.
 [13] Forsmo H M, Pfeffer F, Rasdal A, et al. Pre- and post-operative stoma education and guidance within an enhanced recovery after surgery (ERAS) programme reduces length of hospital stay in colorectal surgery[J]. *Int J Surg*, 2016, 36(Pt A): 121-126.
 [14] Hughes M J, Cunningham W, Yalamarthi S. The effect of preoperative stoma training for patients undergoing colorectal surgery in an enhanced recovery programme [J]. *Ann R Coll Surg Engl*, 2020, 102(3): 180-184.
 [15] Goldblatt J, Buxey K, Paul E, et al. Study on the time taken for patients to achieve the ability to self-care their new stoma[J]. *ANZ J Surg*, 2018, 88(6): E503-E506.
 [16] 李欣颖,郑学风,王淑云,等.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[J]. *护理学杂志*, 2021, 36(1): 18-21.
 [17] Galvin E C, Wills T, Coffey A. Readiness for hospital discharge: a concept analysis[J]. *J Adv Nurs*, 2017, 73(11): 2547-2557.
 [18] Lim S H, Chan S W, Lai J H, et al. A randomized controlled trial examining the effectiveness of a STOMA psychosocial intervention programme on the outcomes of colorectal patients with a stoma: study protocol[J]. *J Adv Nurs*, 2015, 71(6): 1310-1323.