

健康教育在结肠造口患者自我护理能力影响的效果观察

陈瑜

(贵州省六盘水市人民医院 贵州省六盘水市 553000)

【摘要】目的:观察结肠造口患者行健康教育对自我护理能力影响的效果。方法:以2018年1月至2019年5月为时间段,选取我院收治的行结肠造口患者80例,将其随机分为2组,各40例。对照组给予常规指导,基于此观察组给予健康教育。比较两组健康知识掌握度、自护能力、生存质量以及满意度等。结果:在健康知识方面,对照组掌握度77.5%,观察组掌握度为92.5%,组间对比存在统计学差异($P < 0.05$)。在自护能力方面,两组健康知识水平、自我概念、自护责任感、自护技能等评分对比存在统计学差异($P < 0.05$)。在生存质量方面,两组社会、生理、躯体功能、情感职能等评分对比存在统计学差异($P < 0.05$)。在满意度方面,对照组总体为85.0%,观察组总体为97.5%,组间对比存在统计学差异($P < 0.05$)。结论:针对结肠造口患者加强健康教育的作用十分显著,即可有效增强患者自护能力还能提升其健康知识掌握度和生存质量,患者满意度普遍较高,值得推广和应用。

【关键词】结肠造口;健康教育;自我护理能力;生存质量;影响效果

在临床上,一种常见的消化道恶性肿瘤即为直肠癌,其发病率居于此类恶性肿瘤第二位,而在直肠癌中,低位直肠癌的发病率约为65%~75%^[1]。在中青年群体中,该病症的发病率较高,在治疗此类患者的过程中,目前主要采取永久性乙状结肠末端造口术及腹会阴联合切除手术加以治疗^[2]。通过在腹壁上建造永久性的人工肛门则为结肠造口,其改变了正常排便方式,因而对患者日常生活和外形象存在严重影响^[3]。因此本文以2018年1月至2019年5月为时间段,选取我院收治的行结肠造口患者80例,将其随机分为2组,各40例,即观察了结肠造口患者行健康教育对自我护理能力影响的效果,现报道如下:

1. 资料与方法

1.1 资料

以2018年1月至2019年5月为时间段,选取我院收治的行结肠造口患者80例,将其随机分为2组,各40例。观察组年龄为27~75岁,年龄均值为(53.7±2.9)岁,其中女15例,男25例。对照组年龄为28~76岁,年龄均值为(54.6±2.1)岁,其中女19例,男21例。两组对比分析基础情况无统计学差异($P > 0.05$)。

纳入及排除标准^[4]:均符合结肠造口的手术指征;均为低位直肠癌患者;均无化疗史、均无肠梗阻、小学及以上文化程度、均无严重心肺疾病;君意识清醒,且具有一定认知功能;均知晓本次试验,并签订知情同意书。本研究经医院伦理委员会同意批准。排除合并手部功能障碍者、上肢残疾者、生活不能自理者、聋哑者、智障、文盲、精神疾病者、术后造口无坏死、感染、出血等情况、合并严重肝肾功能障碍者、不配合研究或中途退出者。

1.2 方法

对照组给予常规指导,即做好常规疾病教育,告知其相关注意事项,叮嘱其保持良好睡眠,注意饮食,做好门诊随访等。基于此观察组给予健康教育,以改善患者自护能力为目的实施相关措施,具体为(1)健康知识教育。即首先通过个别指导、集中授课、播放录像带、发放健康小手册等方式,根据患者不同文化程度开展健康知识和医疗护理知识方面的宣传和教教育,注意将疾病、肠造口等相关知识和注意事项予以详细告知,并告知增强其自护能力对其疾病护肤的重要性,以提升其健康知识掌握度,从而有效提升其自护意识和能力。(2)心理疏导教育。即患者接受肠造口可能出现一些不适,且心理上会产生一些问题,如紧张、焦虑、抑郁等,此时则需给予患者安慰、关心、支持,要与患者积极交流和沟通,估计其说出内心的疑问和想法,并采取针对性的措施加以疏导,以帮助其树立战胜疾病的信心,并能积极配合完成康复计划,早日掌握自护能力的措施和方法,从而提升其生存质量。(3)肠造口自护教育。即将集粪袋的使用方法正确告知患者,并指导其加以熟练掌握,叮嘱其注意对肛门周围皮肤加以保护等。同时指导患者正确排便,做好相关训练,确保患者能尽快达到近似于正常人的排便效果。另外指导其正确更换造口袋,且注意对造口周围皮肤做好清洁护理等,以防发生并发症。(4)饮食指导教育。即叮嘱患者科学饮食,

增加蛋类、禽类、鱼虾、新鲜水果、蔬菜、豆类及其制品等饮食的摄入,减少有刺激性的食物,如韭菜、洋葱、浓咖啡、浓茶、胡椒、辣椒、芥末等,避免食用含碳酸盐饮料、坚果类、豆类、胡萝卜等产气食物。饮食需清淡易消化,且由简单到复杂,由稀到稠、由少到多等,且以少渣食物为主,饮食需富含高维生素、高蛋白、高热量等,注意少食多餐,定时排便,定时禁食,形成良好的排便习惯等。(5)自护责任感教育。即成立互助小组,由患者相互鼓励、督促、提醒、支持等,共同分享健康生活行为和方式,由责任护士负责随访追踪等。

1.3 观察指标

比较两组健康知识掌握度(采用院内自制量表进行调查,分为未掌握、部分掌握、完全掌握等三级。)、自护能力(采用自我护理能力测定量表(ESCA)^[5]进行评估,包括健康知识水平、自我概念、自护责任感、自护技能等,各项均采取1~5分计分,总分为172分,分值越高越好。)、生存质量(采用SF-36量表^[6]进行评估,包括社会、生理、躯体功能、情感职能等,每项均以100分为满分,分值越高越好。))以及满意度(采用自制问卷进行调查,包括不满意、一般、满意等方面,指导患者自行填写,然后做出统计)等。

1.4 统计学方法

本研究使用的统计软件为SPSS 12.0软件, $P < 0.05$ 差异存在统计学意义,计数资料使用 χ^2 检验,计量资料使用t检验。

2 结果

2.1 观察组和对照组健康知识掌握度情况对比

在健康知识方面,对照组掌握度77.5%,观察组掌握度为92.5%,组间对比存在统计学差异($P < 0.05$)。详情见表1。

表1 观察组和对照组健康知识掌握度情况对比[例(%)]

组别	例数	未掌握	部分掌握	完全掌握	掌握度(%)
观察组	40	3 (7.5)	16 (40.0)	21 (52.5)	37 (92.5%)
对照组	40	9 (22.5)	15 (37.5)	16 (40.0)	31 (77.5%)
χ^2 值		5.3012	0.2014	2.1065	5.3012
P值		0.000	0.721	0.004	0.000

2.2 观察组和对照组自护能力评分结果对比

两组健康知识水平、自我概念、自护责任感、自护技能等评分对比存在统计学差异($P < 0.05$)。详情见表2。

表2 观察组和对照组自护能力评分结果对比($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	健康知识水平	自我概念	自护责任感	自护技能
观察组	40	49.8 ± 12.7	26.4 ± 9.7	21.8 ± 8.9	30.8 ± 9.7
对照组	40	39.4 ± 7.7	19.5 ± 5.4	15.6 ± 6.1	23.5 ± 6.7
T值		5.3025	3.2017	4.6017	3.9287
P值		0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 观察组和对照组生存质量评定结果对比

两组社会、生理、躯体功能、情感职能等评分对比存在统计学差异($P < 0.05$)。详情见表3。

表3 观察组和对照组生存质量评定结果对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	躯体功能	生理功能	情感职能	社会功能
观察组	40	78.6 ± 3.7	79.5 ± 3.3	80.5 ± 2.6	84.2 ± 1.6
对照组	40	62.4 ± 3.1	64.5 ± 3.5	71.2 ± 2.4	67.2 ± 2.3
T 值		4.5011	3.1102	4.0158	7.6015
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

2.4 观察组和对照组满意度调查结果对比

对照组总体为 85.0%，观察组总体为 97.5%，组间对比存在统计学差异 ($P < 0.05$)。详情见表 4。

表4 观察组和对照组满意度调查结果对比[例(%)]

组别	例数	不满意	一般	满意	满意度 (%)
观察组	40	1 (2.5)	12 (30.0)	27 (67.5)	39 (97.5%)
对照组	40	6 (15.0)	14 (35.0)	20 (50.0)	34 (85.0%)
χ^2 值		4.2136	0.2157	3.2514	4.2136
P 值		0.000	0.415	0.001	0.000

3 讨论

近几年,由于人们生活质量的不断提升,其对疾病的护理健康教育给予了更多的关注和重视,且越来越注重调整生活方式和疾病的自我管理,这就对临床护理健康教育提出了更高的要求^[7]。由于人们饮食结构的转变,临床上发生直肠癌的患者逐渐增多,由于该病症早期缺乏典型症状表现,而多数确诊时已发展至中晚期,因此多数患者此时采取最有效、最常见的治疗方法结为永久性肠造口手术,其要求患者终生应用人工肛门进行排便,因而多数患者自理能力较差,且生活质量大大降低,甚至还会出现社交障碍和自尊低下等^[8]。而通过对患者加强健康教育,即从健康教育、心理疏导、肠造口护理、饮食指导等方面提供针对性的宣教,不仅能帮助患者充分认识肠造口的重要性和意义,还能极大的提升其自护能力,并能帮助其正确面对肠造口,从而积极的配合临床护理工作,进而达到提升其生存质量和满意度的目的^[9-10]。本文的研究中,在健康知识方面,对照组掌握度 77.5%,观察组掌握度为 92.5%,组间对比存在统计学差异 ($P < 0.05$)。在自护能力方面,两组健康知识水平、自我概念、自护责任感、自护技能等评分对比存在统计学差异 ($P < 0.05$)。在生存质量方面,两组社会、生理、躯体功能、情感职能等评分对比存在统计学差异 ($P < 0.05$)。在满意度方面,对照组总体为 85.0%,观察组总体为 97.5%,组间对比存在统计学差异 ($P < 0.05$)。该研究部分结果与相关文献^[11-12]报道一致,即在自护能力评分方面,对照组健康知识水平、自我概念、自护责任感、自护技能分别为 (43.36 ± 3.10) 分、(16.57 ± 1.37) 分、(12.70 ± 1.93) 分、(23.85 ± 2.24) 分,观察组分别为 (46.158 ± 3.41) 分、(19.59 ± 1.62) 分、(17.11 ± 2.16) 分、(28.49 ± 3.27) 分,组间对比差

异显著 ($P < 0.05$)。在健康知识掌握度上,观察组为 84.92%,对照组为 67.92%,组间对比差异显著 ($P < 0.05$);在满意率方面,观察组总体为 98.11%,对照组总体为 77.36%,组间对比差异显著 ($P < 0.05$)。因此可见,针对结肠造口患者加强健康教育对其自我护理能力具有积极影响和作用。

综上所述,针对结肠造口患者加强健康教育的作用十分显著,即可有效增强患者自护能力还能提升其健康知识掌握度和生存质量,患者满意度普遍较高,值得推广和应用。

参考文献:

- [1]朱怀燕.个性化定制健康宣教方案提高结肠造口患者自我护理能力的研究[J].实用临床医药杂志,2015,19(04):73-75.
- [2]刘营兰,白雪冬,田建丽,姜益岩.动机访谈对结肠造口患者自我护理能力的影响[J].现代临床护理,2015,14(01):15-18.
- [3]王琼,李红丽.延续护理对直肠癌术后永久性结肠造口患者自我护理能力及生活质量的影响[J].河北医学,2015,21(08):1504-1506.
- [4]胡玉静.延续性护理对永久性结肠造口患者自护能力及自我效能的影响[J].中国医药导报,2015,12(35):115-118.
- [5]徐益荣,卞龙艳,刘小兰,朱冬林.跨理论模型在结肠造口患者自我管理行为中的应用[J].中国现代医学杂志,2016,26(08):135-138.
- [6]邵乐文,汪欣,赵惠英,王群敏,潘喆,钟紫凤.永久性结肠造口患者自我护理能力与主要照顾者生活质量的相关性研究[J].护理与康复,2016,15(11):1045-1049.
- [7]胡小征,陈力.持续自我管理教育对永久性结肠造口患者自我护理的影响[J].中国现代医生,2014,52(07):120-123.
- [8]张凤坤,马骏.微信平台在永久性结肠造口患者全程护理中的应用研究[J].中国临床护理,2018,10(02):129-133.
- [9]付东云.个性化延续性护理对永久性结肠造口患者的影响[J].现代医药卫生,2018,34(16):2569-2571.
- [10]谢丽芬,罗宝嘉,郑美春,邓益君,黄锦萍.直肠癌永久性结肠造口患者的自我效能及其影响因素分析[J].护理学报,2013,20(17):26-28.
- [11]卞龙艳,陈晓玲.激励式护理对直肠癌术后永久性结肠造口病人自我护理能力及生活质量的影响[J].护理研究,2017,31(01):90-92.
- [12]吴翠干,裔粉娣,裴小芹.家庭健康教育在直肠癌术后结肠造口病人中的应用效果[J].循证护理,2017,3(01):79-82.

作者简介:

陈瑜,贵州省六盘水市人民医院,1984年10月11日,本科,籍贯是毕节,现在职称是主管护师,从事伤口造口专业,553000。