

的程度^[4]。在临床医学实践中,患者的依从性是一个重要内容,患者疾病能否治愈,不仅决定于医生的医疗水平,还决定于患者的依从性^[5]。现代医学行为学家强调,提高患者的依从性是提供有效保健服务最经济的方法^[5]。健康宣教不仅是解除患者疑问的有效干预方法,也是提高患者对治疗护理遵从性及实施情况的有效措施^[6]。健康宣教的效果除与患者自身、患者家属的参与和支持有关外,与护士的宣教意识、宣教能力以及宣教方式等都有着密切的关系^[7]。本研究摒弃以往单一刻板的宣教方式,对护士进行专科知识的培训,同时还进行授课方式、授课能力的训练,提高护士的授课技巧;科内群策群力,不断改进宣教内容,根据患者不同文化层次,不同认知程度^[8],采用告示牌、黑板报宣传栏、宣传手册、移动视频以及集中授课和微信推送的方式,循序渐进地进行健康宣教,多方位诠释胸腰椎结核的相关知识,强化患者的遵医行为。研究结果显示,多模式的健康宣教较传统单一宣教方式可明显提高胸腰

椎结核患者绝对卧床的依从性。

参考文献:

- [1] 穆红,花蕾.前路病灶清除植骨内固定治疗胸腰椎结核的护理[J].护理研究,2009,23(3B):699-700.
- [2] Morisky DE,Green LW,Levine DM.Concurrent and pre-dietive validity of self-reported measure of medication adherence[J]. Med Care,1986,24(1):67-74.
- [3] 马远征,王自立,金大地,等.脊柱结核[M].北京:人民卫生出版社,2013:2-9.
- [4] 王慧,相锋,梁瑛琳,等.临床路径在脊柱结核患者用药依从性教育中的应用[J].解放军护理杂志,2008,25(9A):17-19.
- [5] 翟丽萍,张素珍,邱丽清.归因训练对肾病综合征患者心理素质和激素治疗依从性的影响[J].中华现代护理杂志,2011,17(8):895-897.
- [6] 黄佩贤.强化健康宣教对提高产妇围生期分娩相关知识掌握水平的效果评价[J].中国实用护理杂志,2012,28(27):91-93.
- [7] 柴艳红,张红梅,田革新.采用集中授课纤维支气管镜治疗肺结核患者集中健康干预的效果[J].中华现代护理杂志,2010,16(9):1051-1053.
- [8] 褚静茹,杨滢,刘琼,等.针对性优化管理模式在肝移植患者健康宣教中的应用[J].中华现代护理杂志,2013,19(4):439-441.

ADOPT 模式干预对肠造口患者出院过渡期自我护理能力的影响

鲍丽超,蔡建利,陆烈红

(浙江省湖州市第一人民医院,浙江湖州 313000)

摘要:目的 观察 ADOPT 模式对肠造口患者出院过渡期自我护理的干预作用。方法 将 50 例结肠造口患者随机分为观察组和对照组各 25 例。观察组采用 ADOPT 模式,对照组采用传统健康教育方法。比较出院 2 个月后两组患者自我护理能力和对肠造口知识的掌握程度,并评价两组并发症发生情况。**结果** 观察组自我护理能力量表得分及肠造口知识掌握评分明显高于对照组($P<0.05$);观察组并发症发生率 12%,对照组并发症发生率 36%,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 运用 ADOPT 模式较传统健康教育方法更能提高肠造口患者自我护理能力及肠造口知识的掌握程度,有效减少术后并发症的发生。

关键词:ADOPT 模式;肠造口;出院过渡期;自我护理能力 doi:10.3969/j.issn.1671-9875.2017.05.031

中图分类号:R 473.6

文献标识码:A

文章编号:1671-9875(2017)05-0491-04

Miles 手术已是目前治疗低位直肠癌的主要手段,但此法在挽救患者生命的同时,还需终身携带造口,由于患者术后护理知识的缺乏及负性情绪,其对自身护理能力缺乏信心,从而影响治

疗效果及生活质量。出院过渡期是慢性病患者在疾病治疗与康复阶段从医院回到家里的过渡时期。出院过渡期干预的最佳时间为出院后 2~6 个月^[1]。过渡期护理的宗旨是为患者在出院后的过渡期间提供信息及支持,掌握自我照顾能力,使患者尽快恢复机体机能,降低再次入院率^[2]。其重点是关注患者需求,帮助患者管理疾病,防止病情进一步恶化^[3]。ADOPT 模式是包括态度(atti-

作者简介:鲍丽超(1982-),女,本科,主管护师。

收稿日期:2016-11-30

湖州市科学技术局项目,编号:2016GYB58

tude, A)、定义 (definition, D)、开放思维 (open mind, O)、计划 (planning, P)、试验 (try it out, T) 5 个操作过程的一种问题解决方法^[4]。2014 年 10 月至 2015 年 4 月,本研究通过应用 ADOPT 模式对肠造口患者实施健康教育,提高了患者的自我护理能力。现报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 入选标准:在本院接受 Miles 手术的直肠癌结肠造口患者,年龄 >22 岁,小学及以上文化程度,意识清楚,无其他严重的躯体疾病或精神疾病,自愿接受本研究且能独立完成问卷。排除标准:患者存在语言沟通障碍,无法进行正常沟通交流;伴肿瘤复发或转移。选取符合入选标准的 50 例患者为研究对象,随机分为观察组和对照组各 25 例。观察组男 15 例、女 10 例;年龄 22~71 岁,平均(55.28±16.39)岁;文化程度:高中及以下 20 例,大学及以上 5 例;家庭月收入:≤2 000 元 5 例,>2 000 元 20 例;工作情况:在职 19 例,离退休 6 例;有高血压、糖尿病、冠心病等合并疾病 17 例,术后放化疗 20 例。对照组男 14 例、女 11 例;年龄 21~72 岁,平均(56.8±16.24)岁;文化程度:高中及以下 21 例,大学及以上 4 例;家庭月收入:≤2 000 元 4 例,>2 000 元 21 例;工作情况:在职 18 例,离退休 7 例;有高血压、糖尿病、冠心病等合并疾病 18 例,术后放化疗 21 例。两组患者一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 实施传统健康教育方法。术后 1~3 d,造口师一对一床边解说造口知识,并予更换造口袋和心理护理。术后 4~7 d,教会患者及家属使用和更换造口袋的方法,并指导皮肤护理,做好饮食和活动等宣教。出院后做好电话及门诊随访。

1.2.2 观察组 在对照组的基础上运用 ADOPT 模式进行全程干预,采用讲解、个体化指导、操作示范、随访等方式进行健康指导。

1.2.2.1 术前及术后 1~3 d 术前 1 d,评估患者需求及对造口的态度(A),造口护士一对一指导及宣教。手术当天,做好常规术后宣教;评估造口黏膜及切口情况,再次评估患者及家属对造口的态度(A)。术后第 1 天,护士通过对患

者目前造口的护理需求进行个体化一对一的指导,指导家属如何观察和评估造口及造口周围皮肤情况。术后 2~3 d 鼓励患者观看和触摸自己的造口,增强患者对造口的认识和造口自我护理的信心。

1.2.2.2 术后 4~9 d 评估及确定现阶段主要影响自护能力的因素(D)。术后 4~6 d,让患者参与换袋,指导正确的撕袋方法与皮肤的清洁,如何裁剪、粘贴造口底盘,如何处理常见问题。术后 7~9 d,指导患者独立更换及清洗造口袋,帮助其选择正确的造口用品,给予正确的扩肛指导,注意动作轻柔,石蜡油润滑手指,依次从小拇指、无名指、中指、食指、大拇指进行扩肛,每天 1~2 次,每次 2 min,如出现腹痛及出血等不适,暂停扩肛操作。

1.2.2.3 术后 10~12 d 组织患者观看视频,实地操作演示,对比找出自我存在的问题,鼓励患者发表自己的建议或想法(O),并根据实际情况共同制定有效的计划目标(P),且在护理人员的指导下实施解决(T)。让患者模拟换袋操作,评估其对换袋操作有无不足,并及时给予纠正。评估患者及家属对造口的认识及判断能力,日常生活护理、造口周围皮肤护理、并发症的观察。根据患者自身情况制定护理计划,指导及纠正患者对造口护理存在的问题及不足。根据患者反馈了解其饮食和排便情况,指导患者利用条件反射的原理在相对固定的时间完成排便行为。

1.2.2.4 出院时 再次评价,对没有达到的目标共同分析其原因,制定新的解决方案及调整计划目标(P)。教会患者造口袋更换口诀,强化换袋流程,做好常规出院宣教。提供社会心理支持,鼓励患者回归社会,参加正常的工作和社交,同时对患者及其配偶进行心理疏导,提高肠造口患者夫妻生活质量。

1.2.2.5 出院后 通过造口门诊随访、微信交流指导、电话随访及家访等形式对患者及时进行效果评价,并及时调整解决方案和重新制定计划目标,每 2 周 1 次,每次 15~20 min。

1.3 评价工具及方法

1.3.1 评价工具

1.3.1.1 造口自我护理能力量表^[5] 采用造口自

我护理力量表调查结肠造口患者的自我护理能力。该量表由台湾学者高启雯等设计,量表包括自我意愿、自我护理知识和自我护理技能 3 维度。自我意愿维度 12 条目,采用 4 级评分,非常不同意、不同意、同意、非常同意分别赋值 1~4 分,其中第 5、9、11、12 条目采用反向计分,总分 48 分,得分 ≥ 36 分为高水平,29~35 分为较高水平, <29 分为低水平;自我护理知识维度 21 条目,以对错方式选择,“对”得 1 分,其余答案不得分,其中第 3、6、8、20、21 条目采取反向计分,总分 21 分,得分 ≥ 17 分为高水平,13~16 分为较高水平, <13 分为低水平;自我护理技能维度 12 条目,“会”得 1 分,反之不得分,总分 12 分,得分 ≥ 10 分为高水平,7~9 分为较高水平, <7 分为低水平。该量表内容效度指数为 1.0,Cronbach's α 值为 0.86~0.92,重测信度为 0.91。

1.3.1.2 造口知识掌握情况问卷 参照相关文献^[6]并结合患者术后康复的特点及影响因素,自行设计造口知识掌握情况问卷,该问卷从造口袋更换、造口周围皮肤护理、饮食选择、活动原则、并发症观察处理 5 维度进行评分,以单选题形式

作答,每个维度 5 题,每题 4 分,每个维度总分 20 分。

1.3.1.3 造口并发症 参照造口皮肤工具 DET 评分及 AIM 指南^[7],造口并发症包括皮肤刺激性皮炎、机械性损伤等。

1.3.2 评价方法 患者于术后 1 d、出院 2 个月分别填写造口知识掌握情况问卷和造口自我护理力量表。所有资料均由同一位调查者收集,每份调查表均经过检查和整理,发现问题及时解决,必要时进行再次调查,以获得正确资料。调查者发放调查表时向患者说明调查的目的和问卷填写方法,对于不能自行填写者,调查者读出问卷内容和选项,让患者进行选择。患者填答完毕后,调查者检查是否有遗漏,即时收回。同时在术后 2 个月内由造口治疗师对两组患者造口皮肤进行评定,统计皮肤刺激性皮炎、机械性损伤等造口并发症发生情况。

1.4 统计学方法 应用 SPSS 17.0 统计软件进行数据分析,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验,计数资料用率(%)表示,采用 χ^2 或 Fisher 精确检验,以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者自我护理能力得分比较 见表 1。

表 1 两组患者自我护理能力得分比较($\bar{x} \pm s$)								
项 目	术后 1 d				出院 2 个月			
	观察组(n=25)	对照组(n=25)	t 值	P 值	观察组(n=25)	对照组(n=25)	t 值	P 值
自我意愿	21.68 $\pm$ 4.759	20.16 $\pm$ 5.336	1.063	>0.05	37.44 $\pm$ 5.075	20.72 $\pm$ 4.523	12.297	<0.05
自我护理知识	8.36 $\pm$ 2.644	9.48 $\pm$ 2.023	1.682	>0.05	18.32 $\pm$ 1.749	10.48 $\pm$ 1.828	15.495	<0.05
自我护理技能	4.32 $\pm$ 1.376	3.88 $\pm$ 1.364	1.136	>0.05	9.92 $\pm$ 1.525	4.68 $\pm$ 1.651	11.655	<0.05
总 分	34.36 $\pm$ 5.964	34.52 $\pm$ 6.262	0.093	>0.05	65.68 $\pm$ 6.669	35.88 $\pm$ 5.848	16.798	<0.05

2.2 两组患者造口知识掌握情况比较 见表 2。

表 2 两组患者造口知识掌握情况比较($\bar{x} \pm s$)								
项 目	术后 1 d				出院 2 个月			
	观察组(n=25)	对照组(n=25)	t 值	P 值	观察组(n=25)	对照组(n=25)	t 值	P 值
造口袋更换	8.36 $\pm$ 3.548	4.65 $\pm$ 2.472	4.290	<0.05	16.00 $\pm$ 2.828	4.80 $\pm$ 2.828	14.001	<0.05
造口周围皮肤护理	7.65 $\pm$ 4.374	5.68 $\pm$ 2.563	1.943	>0.05	16.64 $\pm$ 2.489	4.80 $\pm$ 2.582	16.507	<0.05
饮食选择	12.37 $\pm$ 3.647	7.48 $\pm$ 2.581	5.472	<0.05	16.80 $\pm$ 2.582	6.08 $\pm$ 3.290	12.816	<0.05
活动原则	13.36 $\pm$ 3.790	5.47 $\pm$ 3.185	7.969	<0.05	17.76 $\pm$ 2.332	6.24 $\pm$ 2.847	15.652	<0.05
并发症观察处理	7.68 $\pm$ 2.673	6.80 $\pm$ 2.682	1.162	>0.05	18.08 $\pm$ 2.040	7.84 $\pm$ 2.939	14.311	<0.05

2.3 两组患者造口并发症发生率比较 观察组患者发生并发症 3 例(12%),其中造口周围皮肤刺激性皮炎 2 例、机械性损伤 1 例;对照组患者

发生并发症 9 例(36%),其中造口皮肤刺激性皮炎 6 例、机械性损伤 3 例,两组比较,经 Fisher 精确概率法检验 $P=0.048$ 。

3 讨 论

3.1 ADOPT 模式的应用可提高结肠造口患者自我护理能力 当前我国接受永久性结肠造口手术的患者术后总体自我护理能力有待进一步提高,尤其是在自我护理技能与健康知识水平方面^[8]。随着生活水平的逐渐提高,人们日益重视造口患者的生活质量,护理工作不再局限于治疗及单纯的技术操作,更应该关注患者的自我护理能力的提高。李琼等^[9]认为造口的存在给患者带来种种不便甚至阴影,患者在疾病过程中承受生理、心理及社会各方面的压力。自我护理是指个体为了维持生命、健康和完好状态等自身利益而主动采取和完成的实践活动,而有效的自我护理行为是防止频繁住院、降低医疗费用及提高生活质量的有效途径。本研究采用 ADOPT 模式干预,在护理中重视与患者共同商议并制定适宜患者的自我管理计划,调动患者及家属积极参与,提高其学习造口护理的主动性,使其能主动调整并安排自身的生活方式及饮食起居,提高自我保健意识。研究结果显示,观察组患者在出院 2 个月时自我护理能力得分均高于对照组($P<0.05$),说明运用 ADOPT 模式干预,使患者掌握了解决问题的方法,能运用所学知识对造口进行细心的护理,并在必要的时候及时寻求医务人员的帮助,能提高造口患者的自我护理能力。

3.2 ADOPT 模式的应用能提高患者对造口知识的掌握程度 一般认为结肠造口患者主要以术后预防和处理并发症为主,但实际护理中发现,从术后开始干预远远不够。张亚琪等^[10]认为对患者造口自我护理的干预应该从早期开始,这样能持续提高患者的自我护理能力从而提高生活质量。相关研究显示^[11],造口联谊会、阳光之家、微信等多种形式的宣教均能提高患者造口护理知识。本研究依据 ADOPT 模式的 5 个步骤对患者不同时期进行护理干预,采用讲解、个体化指导、操作示范、门诊随访等方式进行健康指导,使患者对自身疾病有一个系统的认识。研究结果显示,通过 ADOPT 模式干预的患者对造口相关知识掌握水平明显高于实施传统健康教育方法的患者,造口知识各维度得分两组比较差异有统

计学意义($P<0.05$)。

3.3 ADOPT 模式的应用减少患者肠造口并发症的发生率 造口拯救了患者的生命,但若护理不当,可以造成造口及周围的感染,如造口局部感染、造口周围切口感染、腹腔内感染以及通过血流播散的全身感染,不同程度的感染均会使患者病程延长,增加患者的痛苦,降低生活质量。远期还会出现造口肠黏膜脱垂、造口旁疝等,这就要求患者出院后具有较强的自我护理意识、知识和能力。ADOPT 模式是自我管理的核心,这种模式的干预是对患者自我护理能力的培养,能使患者主动参与治疗护理活动,认识到自身健康的责任,通过有效的自我护理防止并发症发生。本研究结果显示,观察组患者肠造口并发症发生率低于对照组。

参考文献:

- [1] 鞠贞会,王吉勇,王艳萍,等.过渡期护理模式对 COPD 患者居家无创正压通气的干预效果[J].中华护理教育,2012,9(6):243-246.
- [2] Bowman E, Sachs G, Emmett T. Do hospital-to-home transitional care programs for older adults address palliative care? a systematic review[J]. Poster Abstracts, 2012, 43(2): 421-422.
- [3] 郭青,薛小玲,赵鑫,等.冠心病患者实施过渡期护理模式的研究进展[J].护士进修杂志,2012,27(21):1931-1933.
- [4] Simmons KL, Smith JA, Bobb KA, et al. Adjustment to colostomy: stoma acceptance stoma care self-efficacy and interpersonal relationships[J]. Journal of Advanced Nursing, 2007, 60(6): 627-635.
- [5] 高启雯,顾乃平.结肠造口病人之生活品质[J].台湾医学,2007(5):164-171.
- [6] 薛银川,刘晓鸿,陆薇,等.自我管理教育对永久性结肠造口患者自我护理能力的影响[J].中华护理杂志,2011,46(8):753-755.
- [7] 马雪玲,白燕.造口周围皮肤护理工具在肠造口患者自我管理中的应用[J].天津护理,2014,22(4):283-286.
- [8] 胡爱玲,张美芬,张俊娥,等.结肠造口患者适应状况及相关因素的研究[J].中华护理杂志,2010,45(2):109-111.
- [9] 李琼,张俊娥.结肠造口患者出院早期造口护理情况的调查[J].解放军护理杂志,2013,30(9):9-12,51.
- [10] 张亚琪,刘希红,徐宇红.护理干预对直肠癌根治术并行造口术患者排便自我管理能力的影晌[J].中华护理杂志,2010,45(7):588-590.
- [11] 袁晓红,赵静燕,曾燕,等.造口联谊会对回肠膀胱造口患者社会心理适应的影响[J].护理与康复,2014,13(12):1172-1173.