

“5E”康复模式在全膀胱切除泌尿造口患者的病耻感及社会功能的效果分析

崔艳伟¹, 黄伟¹, 陈瑶¹, 周长华²

1. 哈尔滨医科大学附属第一医院泌尿外科, 黑龙江 哈尔滨 150000;

2. 哈尔滨医科大学附属第四医院急诊外科, 黑龙江 哈尔滨 150000

摘要: 目的 观察分析 5E(鼓励、教育、运动、工作、评估)康复模式对全膀胱切除泌尿造口患者病耻感及社会功能的影响。方法 选取 2016 年 1 月至 2017 年 12 月行全膀胱切除泌尿造口患者 56 例,采用随机数字表法分为观察组($n=28$)与对照组($n=28$)。对照组患者给予常规治疗及护理,观察组患者在此基础上给予 5E 康复治疗及护理。两组患者均干预 1 个月,对比两组患者的康复效果。结果 干预 1 个月后,两组患者社交因子、能力因子、治疗因子及病耻感总评分均显著降低,且观察组显著低于对照组,差异有统计学意义(P 均 <0.01);两组患者日常生活能力、动性/交往情况、社会性活动技能和社会功能总评分均显著升高,且观察组显著高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05, P < 0.01$);两组患者身体功能、角色功能、情绪功能、认知功能和总生活质量评分均显著升高,且观察组显著高于对照组,差异有统计学意义(P 均 <0.01)。结论 5E 康复模式能够有效减轻全膀胱切除泌尿造口患者的病耻感,提高患者的社会功能,并改善其生活质量。

关键词: 全膀胱切除术; 泌尿造口; 5E 康复模式; 病耻感; 社会功能

中图分类号: R 493 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2018)07-1007-03

全膀胱切除术、泌尿造口术是治疗膀胱肿瘤的手术方法,虽能够有效治疗膀胱肿瘤,但泌尿造口术改变了患者原有的排尿方式,需要终生佩戴造口袋,且患者需要面临造口导致的各种并发症,容易出现病耻感及心理障碍,严重影响其社会功能及生活质量^[1]。本研究观察分析 5E[鼓励(encourage)、教育(education)、运动(exercise)、工作(employment)、评估(evaluation)]康复模式对全膀胱切除泌尿造口患者病耻感及社会功能的影响,以期为临床治疗护理提供参考依据,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 1 月至 2017 年 12 月于我院行全膀胱切除泌尿造口患者 56 例,所有患者影像学检查、手术后病理学结果均符合膀胱癌的诊断标准;排除肠道病变、尿道病变、凝血功能障碍、依从性差等患者。采用随机数字表将患者均分为观察组($n=28$)与对照组($n=28$)。观察组:男 17 例,女 11 例;年龄 49~78(61.92 ± 7.88)岁;病程 1~8(3.15 ± 2.07)年。对照组:男 16 例,女 12 例;年龄 50~74(61.46 ± 8.15)岁;病程 1~10(3.47 ± 2.16)年。两组患者年龄、性别等基线资料比较无统计学差异

(P 均 >0.05)。本研究均征得我院医学伦理委员会及患者的同意,并与患者签署知情同意书。

1.2 护理干预方法 (1)对照组:给予常规治疗护理干预,包括膀胱癌的相关知识、全膀胱切除泌尿造口术治疗效果、给药护理、心理护理及术后病情监控等。(2)观察组:在对照组基础上给予 5E 康复治疗护理,5E 康复治疗护理模式包括鼓励、教育、运动、工作、评估 5 个方面。①鼓励,全膀胱切除泌尿造口患者对术后使用造口袋感到羞愧,不敢正视现实,并会出现颓废、恐惧、焦虑、抑郁等负面情绪,患者的自尊低下。医护人员需安慰、鼓励、关怀患者,并讲解一些治疗康复的病例,为患者树立治疗信心,提高患者的治疗依从性。②教育,根据患者的实际情况制定个性化的健康教育计划,包括服药教育、心理教育、饮食教育、复诊教育等,并通过经验交流、知识讲解及动作示范帮助患者了解相关知识。③运动,待患者病情稳定后,根据患者的实际情况进行针对性的康复锻炼,规律地进行被动运动锻炼,以促进患者的血液循环。④工作,鼓励并指导患者独自进行洗脸、刷牙、换衣服、上厕所等日常活动,增强患者的生活自理能力。⑤评估,对患者的生活质量、心理状况、睡眠质量、社会功能进行评估,并根据评估结果调整护理措施,以

提高患者的康复效果。两组患者均干预 1 个月。

1.3 观察指标 干预 1 个月后,观察两组患者治疗护理干预前后的病耻感、社会功能及生活质量情况。病耻感采用病耻感自我评估量表评估,包括社交因子、能力因子、治疗因子,分数越高,病耻感越高;社会功能采用社会功能评定量表评估,包括日常生活能力、动性/交往情况、社会性活动技能,分数越高,社会功能越高^[2];生活质量采用生活质量核心量表(QLQ-C30)评估,包括身体功能、认知功能、角色功能等,分数越高,生活质量越高^[3]。

1.4 统计学分析 运用 SPSS 22.0 进行统计分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间和组内比较行独立样本 t 检验及配对 t 检验;计数资料以 % 表示,行 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后病耻感对比 干预前两组患者病耻感评分差异无统计学意义(P 均 > 0.05);干预后,两组患者社交因子、能力因子、治疗因子及病耻感总评分均显著降低,且观察组显著低于对照组,差异有统计学意义(P 均 < 0.01)。见表 1。

2.2 两组患者干预前后社会功能对比 干预前两组患者社会功能评分差异无统计学意义(P 均 > 0.05);干预后,两组患者日常生活能力、动性/交往情况、社会性活动技能和社会功能总评分均显著升高,且观察组显著高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05, P < 0.01$)。见表 2。

2.3 两组患者干预前后生活质量对比 干预前两组患者生活质量评分差异无统计学意义(P 均 > 0.05);干预后,两组患者身体功能、角色功能、情绪功能、认知功能和总生活质量评分均显著升高,且观察组显著高于对照组,差异有统计学意义(P 均 < 0.01)。见表 3。

表 1 两组患者干预前后病耻感自我量表评分对比

($n = 28, \text{分}, \bar{x} \pm s$)

组别	社交因子	能力因子	治疗因子	病耻感总分
干预前				
观察组	17.79 ± 7.12	11.59 ± 1.51	10.08 ± 1.77	48.26 ± 5.22
对照组	16.21 ± 7.61	10.96 ± 1.72	10.72 ± 1.83	48.97 ± 5.51
t 值	0.802	1.456	1.330	0.495
P 值	0.426	0.151	0.189	0.622
干预后				
观察组	10.36 ± 1.65 *	5.72 ± 1.04 *	5.02 ± 0.96 *	23.88 ± 2.33 *
对照组	14.77 ± 2.15 *	7.39 ± 1.26 *	6.89 ± 1.13 *	29.91 ± 2.47 *
t 值	8.610	5.408	6.673	9.396
P 值	0.000	0.000	0.000	0.000

注:与干预前对比,* $P < 0.01$ 。

表 2 两组患者干预前后社会功能评定量表评分对比

($n = 28, \text{分}, \bar{x} \pm s$)

组别	日常生活能力	动性/ 交往情况	社会性 活动技能	社会功能 总分
干预前				
观察组	5.22 ± 0.71	6.14 ± 0.96	3.91 ± 0.69	15.18 ± 3.73
对照组	5.47 ± 0.82	6.46 ± 0.98	3.77 ± 0.75	15.93 ± 5.45
t 值	1.219	1.234	0.726	0.600
P 值	0.228	0.222	0.470	0.550
干预后				
观察组	8.28 ± 1.67 *	8.14 ± 1.13 *	6.16 ± 1.02 *	22.43 ± 3.83 *
对照组	7.12 ± 1.64 *	7.42 ± 1.21 *	5.45 ± 0.98 *	19.64 ± 3.74 *
t 值	2.622	2.301	2.656	2.757
P 值	0.011	0.025	0.010	0.008

注:与干预前对比,* $P < 0.05$ 。

3 讨论

全膀胱切除泌尿造口患者由于泌尿造口的存在,使得患者的形象发生改变,导致患者出现焦虑、抑郁、情绪低落及病耻感,与配偶及朋友的关系也趋于冷淡,与社会逐渐疏离,严重影响了患者的生活质量,且影响患者的治疗效果与生存期^[4-5]。有研究表明,全膀胱切除泌尿造口患者对常规护理的满意度不高,这是由于常规治疗护理对患者的干预不够,且患者面临

表 3 两组患者干预前后生活质量 QLQ-C30 评分对比 ($n = 28, \text{分}, \bar{x} \pm s$)

组别		身体功能	角色功能	情绪功能	认知功能	生活质量
观察组	干预前	73.67 ± 5.51	65.73 ± 3.36	68.81 ± 3.46	76.74 ± 3.43	75.41 ± 3.62
对照组	干预前	73.02 ± 5.64	66.36 ± 3.68	69.65 ± 3.53	75.93 ± 3.67	74.53 ± 3.58
t 值		0.436	0.669	0.899	0.853	0.914
P 值		0.664	0.506	0.372	0.397	0.364
观察组	干预后	86.65 ± 3.37 *	89.34 ± 3.47 *	90.32 ± 4.38 *	87.44 ± 3.71 *	86.84 ± 4.45 *
对照组	干预后	81.22 ± 2.39 *	80.25 ± 3.52 *	80.55 ± 4.49 *	81.31 ± 3.38 *	80.21 ± 3.18 *
t 值		6.954	9.731	8.242	6.463	6.414
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

注:与干预前对比,* $P < 0.01$ 。

的压力较大^[6-7]。而5E康复治疗护理模式主要是从鼓励、教育、运动、工作及评估5个方面对患者进行全面综合的护理干预,以达到降低患者的病耻感、提高其社会功能及生活质量的目的^[8-9]。

有研究显示,全膀胱切除泌尿造口手术过程中患者的隐私未得到良好保护是导致医患纠纷的主要原因之一,随着社会整体文化水平的提高,人们对于隐私保护的要求也在不断提高。因此有必要对全膀胱切除泌尿造口患者术后患者的伦理心理护理加强重视。5E康复护理模式认为,每一位患者都有自尊和自卑,尤其是在疾病面前,很多患者都有一种讳疾忌医的心理,针对这种情况,护理人员一定要从患者的心理情况出发,首先要做到基本的尊重,让患者能感受到一种亲切感,并且选择相信护理人员,从而让患者真正获得归属感,这样在日常护理工作中,医护人员也能与患者愉快相处,尽量减少患者不愉快的心情^[10-11]。其次,隐私部位的治疗工作非常特殊,医护人员不能歧视患者,一定要真正秉承爱岗敬业的职业操守,在护理过程中,甚至医护人员的表情都非常重要,如果在患者面前表现出一种鄙夷或嫌弃的表情,将给患者心理带来严重的创伤,甚至让很多患者留下心理阴影^[12]。因此在对全膀胱切除泌尿造口术后患者进行隐私部位护理时,应保持正确心态,采取严肃认真的态度进行治疗护理,在观察手术创口时应注意使用屏风或布帘等进行遮挡,做好隐私保护工作;同时还应加强对患者的心理护理及健康宣教,使患者充分认识到术后护理的重要性,提高其护理依从性。

本研究结果显示,治疗后两组患者病耻感评分降低,且观察组显著低于对照组;两组社会功能和生活质量评分均升高,且观察组显著高于对照组,结果表明,5E康复模式能够有效改善全膀胱切除泌尿造口患者的自主生活能力,引导患者正确认识疾病,减轻患者的心理压力、疼痛及病耻感,使患者保持良好的

心理状态,从而提高其康复效果。

综上所述,5E康复模式能够有效减轻全膀胱切除泌尿造口患者的病耻感,提高患者的社会功能,改善其生活质量。

参考文献

- [1] 苏晓萍,张丽萍,李毅宁. 奥马哈系统在泌尿造口患者延续护理中的应用和效果评价[J]. 中华护理杂志,2016,51(4):389-394.
- [2] 薛梅平,王春樱,毕庆霞,等. 全膀胱切除术后尿流改道造口周围炎的预防和护理[J]. 江苏医药,2015,41(8):983-984.
- [3] 张琪英. 5E康复模式对尿毒症腹膜透析患者睡眠质量的影响[J]. 中国实用护理杂志,2013,29(18):30-31.
- [4] 张卫星,杜红莲,张蔚蓝. 心理干预对精神疾病病人病耻感和社会功能的影响研究[J]. 护理实践与研究,2012,9(11):132-133.
- [5] 段珂玲,王玉,吴欣慰. 人文关怀模式护理对乳腺癌根治术后心理障碍患者治疗效果的影响[J]. 中国健康心理学杂志,2017,25(8):1162-1165.
- [6] 王彩萍. 全膀胱切除术患者泌尿造口的观察与护理[J]. 职业与健康,2009,25(9):1008.
- [7] 李荣,朱朝芬,谢蓉,等. 整体护理对膀胱全切除术行泌尿造口患者生活质量的影响[J]. 中国肿瘤临床与康复,2017,24(4):498-501.
- [8] 张丽华,肖昕. 5E康复模式对下肢烧伤患者焦虑、抑郁状态及膝关节功能的影响[J]. 蚌埠医学院学报,2016,41(4):543-545.
- [9] 徐丽,黎银娥,植秋婵,等. 5E康复护理模式对脑卒中后肢体功能障碍病人的影响[J]. 全科护理,2017,15(8):925-927.
- [10] 周玉梅,唐小伟,彭爱琴,等. 综合护理干预对康复期精神分裂症患者病耻感及社会功能的影响[J]. 中华现代护理杂志,2013,19(25):3053-3055.
- [11] 李从从,孙宏伟. 精神疾病患者家属病耻感现状及影响因素[J]. 中国健康心理学杂志,2016,24(3):343-347.
- [12] 黄旭东,宋佳. 综合护理对膀胱全切除术泌尿造口患者的生存质量及心理影响分析[J]. 中国医药指南,2017,15(26):267.

收稿日期:2018-03-08 修回日期:2018-04-23 编辑:王国品