

# 自我效能模式对肠造口患者自我管理能力的影 响

沈 燕<sup>1</sup> 施新燕<sup>1</sup> 鲍丽超<sup>2</sup> 陈苏红<sup>3\*</sup>

1.湖州市中心医院 浙江大学医学院附属湖州医院肛肠外科,浙江湖州 313000;2.湖州市第一人民医院 肛肠外科,浙江湖州 313000;3.湖州市中心医院护理部,浙江湖州 313000

**[摘要]** 目的 探讨自我效能模式在提升肠造口患者自我管理能力中的应用效果。方法 选择 2019 年 1 月至 2020 年 6 月于湖州市中心医院行手术治疗的肠造口患者 120 例,根据对数表法将其分为两组,干预组和对照组各 60 例。对照组患者给予常规护理,干预组在常规护理的基础上应用自我效能模式。比较两组患者自我管理能力、自我效能水平[造口自我效能量表(SSES)]、心理状态[焦虑、抑郁自评量表(SAS,SDS)]及生活质量(EORTCQLQ-C30)。结果 干预前,两组患者自我管理能力、自我效能水平心理状态及生活质量评分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预后,干预组患者自我管理能力评分及自我效能水平评分显著高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ );干预后,干预组患者焦虑、抑郁症状评分显著低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ );干预后,干预组患者生活质量评分显著高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 自我效能模式可有效提升肠造口患者的自我效能水平、自我管理能力及生活质量,同时可以缓解患者焦虑、抑郁症状,值得临床推广。

**[关键词]** 自我效能;肠造口患者;自我管理能力;生活质量

**[中图分类号]** R473.73

**[文献标识码]** B

**[文章编号]** 1673-9701(2021)30-0172-04

## Influence of self-efficacy model on self-management ability in enterostomy patients

SHEN Yan<sup>1</sup> SHI Xinyan<sup>1</sup> BAO Lichao<sup>2</sup> CHEN Suhong<sup>3</sup>

1.Department of Anorectal Surgery, Huzhou Central Hospital, Huzhou Hospital Affiliated to Zhejiang University School of Medicine, Huzhou 313000, China; 2.Department of Anorectal Surgery, Huzhou First People's Hospital, Huzhou 313000, China; 3.Department of Nursing, Huzhou Central Hospital, Huzhou 313000, China

**[Abstract]** **Objective** To explore the application effect of self-efficacy model in improving the self-management ability in enterostomy patients. **Methods** A total of 120 enterostomy patients who underwent surgeries in the Huzhou Central Hospital from January 2019 to June 2020 were selected. They were divided into two groups as the intervention group and the control group using logarithmic table method, with 60 patients in each group. The control group were given routine care, and the intervention group were given self-efficacy model and routine care. The self-management ability, self-efficacy level (SSES), mental state [anxiety, depression self-rating scale (SAS, SDS)] and quality of life (EORTC-QLQ-C30) were compared between the two groups. **Results** Before intervention, there were no significant differences in self-management ability, self-efficacy level and quality of life score between the two groups( $P>0.05$ ). After intervention, the self-management ability score and self-efficacy level in the intervention group were significantly higher than those in the control group, the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ). After intervention, the anxiety and depression scores in the intervention group were significantly lower than those in the control group, the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ). After intervention, the quality of life score in the intervention group was significantly higher than that in the control group, the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ). **Conclusion** The self-efficacy model can effectively improve the self-efficacy, self-management ability, and quality of life, and alleviate the anxiety and depression symptoms in enterostomy patients. It is worthy of clinical promotion.

**[Key words]** Self-efficacy; Patients with enterostomy; Self-management ability; Quality of life

随着居民生活习惯的改变,肠道恶性肿瘤发病率也在逐渐升高,其中以结直肠癌最为常见<sup>[1-2]</sup>。目前,结

**[基金项目]** 浙江省医药卫生科技计划项目(2020KY304)

\*通讯作者

肠癌发病率为我国全身第 3 位,低位结肠癌占 70%,部分低位结肠癌患者需进行人工造口手术,据专家估计,我国目前累计造口人数已达 100 多万<sup>[3-4]</sup>。随着医疗技术的发展,通过肠造口进行治疗挽救了许多患者

的生命,但同时它也会带来诸多并发症,有文献显示,国内造口术后并发症发生率高达 16.3%~53.8%,对患者的生活造成诸多不便,所以改善造口患者生活质量已成为目前临床急需攻克的难题<sup>[5-6]</sup>。本研究将自我效能模式应用于肠造口患者的护理中,并观察其应用效果,现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择 2019 年 1 月至 2020 年 6 月于湖州市中心医院行手术治疗的肠造口患者 120 例,根据对数表法将其分为两组,干预组和对照组各 60 例。干预组中男 40 例,女 20 例;年龄 20~72 岁,平均(41.3±7.9)岁;受教育年限 4~12 年,平均(7.6±3.4)年。对照组中男 38 例,女 22 例;年龄 20~75 岁,平均(40.7±7.4)岁;受教育年限 4~15 年,平均(7.5±3.7)年。两组患者基础资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。本研究已通过本院医学伦理委员会审核获得批准。纳入标准:①经检查确诊为直结肠癌者;②符合 Miles 术手术标准,为初次进行 Miles 术且行永久性者;③无其他系统严重疾病者;④患者及家属对研究知情,自愿参与者。排除标准:①生活不可自理者;②伴随语言或精神障碍者;③既往有相关手术史或疾病史者。

### 1.2 方法

1.2.1 对照组患者给予常规护理 于患者入院时进行健康教育,为其介绍造口相关知识,告知其手术目的、方法及注意事项。术后指导患者正确护理造口,嘱其定期进行复查。

1.2.2 干预组在常规护理的基础上应用自我效能模式  
①健康指导:建立造口微信群——玫瑰花园,每周在群内发送造口相关科普文章。制作 PPT 及宣教卡片,通过图文形式为患者及家属详细解说造口手术具体操作方式、注意事项及术后常见并发症。帮助患者进行心理建设,避免术后因并发症而产生过多负面情绪。可举例介绍过往造口护理较好案例,增加患者治疗信心,缓解其不安紧张情绪。着重强调造口护理的重要性,提升患者治疗依从性。术后护理人员指导患者及家属正确使用造口袋,告知其灌洗方式及如何选择合适造口袋。为患者及家属示范指导如何护理造口周围皮肤,帮助其建立造口日记,通过文字及照片每日记录造口情况。出院前护理人员再次对患者进行造口护理指导,告知每周造口门诊随访时间并嘱其将造口日记发送给护理人员,并提醒其按时复诊。②经验交流:定期开展造口联谊会,鼓励造口患者积极参加并交流经验,减轻患者孤独感。邀请恢复效果较好,治疗心态

积极的患者进行演讲,分享治疗护理经验,帮助其他患者调整心态并增加护理知识。③心理护理:每周与患者进行一次一对一交流,了解患者内心感受,主动询问其目前面临困难,并帮助其解决合理要求。针对患者提出的疾病相关问题,耐心地予以解答,帮助其更加正确清晰地了解疾病、如患者护理配合度较低或自我管理能力不强需帮助其了解护理造口的重要性。④社会支持:鼓励患者家属参与到护理过程中,指导家属从精神和物质方面给予患者支持,缓解患者紧张情绪,创建温馨的治疗氛围,但避免保姆式照顾。⑤多样式随访:患者出院后及时对其进行回访,可通过电话、短信、微信等方式随访,给予专业的护理指导,帮助患者以健康积极的心态面对生活,积极治疗。

### 1.3 观察指标

①根据我院自制造口自我管理能力调查问卷比较两组患者干预前和干预后自我管理能力,问卷共包括造口护理技能、功能锻炼、日常生活能力和社交能力 4 个维度,20 个条目,采用 5 级评分法,满分为 100 分,分数越高说明患者自我管理能力越强。量表 Cronbach's  $\alpha=0.901$ 。②根据造口自我效能量表(Stoma self-efficacy scale, SSES)<sup>[7]</sup>比较两组患者自我效能水平,该问卷共 28 个项目,各项目评分均为 1~5 分,分值为 28~140 分。分数越高说明患者自我效能量越好。临床研究<sup>[8]</sup>对该表进行中文版信度测定, Cronbach's  $\alpha=0.957$ 。分别在入院时,术后 1 周和出院当天检测,并收回。③根据焦虑、抑郁自评量表(SAS、SDS)<sup>[9]</sup>比较两组患者干预前和干预后的抑郁焦虑程度,分数越高说明焦虑抑郁程度越严重,其中 SAS 分界值是  $\geq 50$  分, SDS 分界值  $\geq 53$  分。④根据癌症患者生命质量测定量表(EORTC QLQ-C30)<sup>[10]</sup>比较两组患者干预前后生活质量,该量表共包括 5 个功能维度(生理、情绪、认知、角色、社会),5 个症状维度(睡眠障碍、食欲丧失、腹泻、便秘、对经济困难的感知)和 1 个整体生活质量维度。本研究中选择量表中整体生活质量作为评价指标,得分越高说明患者生活质量越好。

### 1.4 统计学方法

采用 SPSS 20.0 统计学软件分析数据,计量资料以均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,组间比较采用  $t$  检验; $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者干预前后自我管理能力比较

干预前,两组患者自我管理能力评分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),干预后,干预组患者自我管理能力评分明显高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 1。

表 1 两组患者干预前后自我管理能力的比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	n	干预前	干预后	t 值	P 值
对照组	60	57.52±5.31	69.48±6.14	11.412	0.000
干预组	60	57.47±5.36	85.09±6.32	25.817	0.000
t 值		0.051	13.722		
P 值		0.959	0.000		

## 2.2 两组患者自我效能水平比较

入院时,两组患者自我效能水平评分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),术后 1 周和出院当天,干预组患者自我效能水平评分明显高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 2。

表 2 两组患者自我效能水平比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	n	入院时	术后 1 周	出院当天	F 值	P 值
对照组	60	67.76±4.31	82.58±4.63	91.37±4.84	404.01	<0.001
干预组	60	67.71±4.45	95.35±4.92	112.07±6.36	1069.639	<0.001
t 值		0.063	14.641	20.062		
P 值		0.950	0.000	0.000		

## 2.3 两组患者干预前后焦虑、抑郁症状评分

干预前,两组患者焦虑、抑郁症状评分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预后,干预组患者焦虑、抑郁症状评分低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 3。

表 3 两组患者干预前后 SAS、SDS 评分的比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	n	SAS		SDS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	60	54.04±3.25	48.43 ±2.98 <sup>#</sup>	55.64 ±3.76	51.36±3.22 <sup>#</sup>
干预组	60	54.11±3.20	44.65 ±1.83 <sup>#</sup>	55.57±3.79	47.04 ±2.83 <sup>#</sup>
t 值		0.119	8.373	0.102	7.806
P 值		0.905	0.000	0.919	0.000

注:与本组治疗前比较,<sup>#</sup> $P<0.05$

## 2.4 两组患者干预前后生活质量比较

干预前,两组患者生活质量评分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),干预后,干预组患者生活质量评分明显高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 4。

表 4 两组患者干预前后生活质量比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	n	干预前	干预后	t 值	P 值
对照组	60	71.35±3.17	79.50±5.11	10.498	0.000
干预组	60	70.34±5.45	96.30±3.37	31.382	0.000
t 值		1.241	21.259		
P 值		0.217	0.000		

## 3 讨论

肠造口是指为了治疗直肠癌、溃性结肠炎等肠道

疾病而在腹壁人为开口,将部分肠管拉出并缝于腹壁,形成人为排泄口,代替肛门排泄功能的一种治疗方式<sup>[11-12]</sup>。但在拯救患者生命的同时也会因随之而来的一系列并发症对患者生活质量造成影响。目前临床常规护理仍是以机械化被动护理为主,无法调动患者最大程度主观能动性,护理效果仍待提升。本研究发现,干预前,两组患者的自我效能、自我管理能力的评分较低,表示患者对肠造口手术这一应激事件的自我效能感降低,迫切需要有效的护理手段,增强患者追求健康的信心。

自我效能模式由 Albert Bandura 于 1977 年提出的社会学理论<sup>[13-14]</sup>,是指个人对自己完成完成某个目标的能力进行评估,根据评估结果对自身能否完成目标进行评价,将其应用于临床护理工作中可以影响患者思维模式及治疗态度<sup>[15-16]</sup>。自我效能理论认为个体的自我效能和其行为水平的关系是相互作用和相互促进的。自我效能对肠造口患者的健康结局的影响较多,如自护能力、支持需求、生活质量和社会心理适应水平等方面。

自我效能模式重视人的主体意识对行为的控制作用,患者自我效能获取和形成的来源主要有直接体验、替代性经验、生理情绪状态和言语劝说 4 个信息源。医学研究证实<sup>[17-18]</sup>,自我效能越高,社会心理适应水平也越高。因此,护理人员应加强患者造口术后初期的教育和护理技术指导,提高患者自我效能水平和自我管理能力的。本研究结果显示,对肠造口患者实施自我效能模式后,干预组患者自我管理能力和自我效能水平评分显著高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。有研究<sup>[19]</sup>显示,自我效能理论可以有效提升肠造口患者自我管理行为及自我效能水平。本研究结果与其相似,说明实施基于自我效能的护理干预,应用自我效能获取和形成的 4 个信息来源,于患者术前、术后、出院当天等不同时间分别给予科学的护理服务,制订合理的康复护理计划,针对性的对患者开展自我效能干预,如健康指导、经验交流、心理疏导、发挥社会和家庭的支持作用,使其获得自我成功的经验,激励患者产生健康行为,帮助患者根据自身目标、现状进行更加有效的自我管理,主动参与造口护理,提高患者自我管理行为和自我效能水平。

肿瘤患者的康复目标不仅是单纯追求延长生存时间,提高生活质量是医患共同追求的目标。肠造口术虽然能够挽救患者的生命,同时人为的改变患者的生理结构,对患者的身心健康有着较大的影响。自我效能在患者治疗和康复过程中,给予患者心理社会支持,积极引导患者主动参与整个过程,掌握自我护

理方法,更有信心的去战胜疾病,适应生活,提高生活质量。同时自我能力的提高也能在一定程度上减轻患者的不良情绪。本研究结果中还显示,干预后,干预组患者焦虑、抑郁症状评分显著低于对照组,生活质量评分显著高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。有研究<sup>[20]</sup>显示,自我效能干预可以有效缓解肠造口患者焦虑、抑郁症状,本研究结果与其相似。说明本研究通过自我效能模式,积极引导患者心理,通过对患者及家属讲解疾病相关知识,组织病友进行治疗护理经验分享均可以帮助患者更好地掌握造口护理知识,患者的自我效能感增强,应对疾病治疗的信心和能力增加,促使患者主动采取有利的健康自我护理行为,从而提升生活质量。

综上所述,自我效能模式可以有效提升患者自我效能水平、自我管理能力及生活质量,同时可以缓解患者焦虑、抑郁症状,值得临床应用研究。

#### [参考文献]

- [1] 宋琴芬,刘春娥,尹光啸,等.肠造口病人渗漏护理的研究进展[J].护理研究,2020,34(17):3096-3098.
- [2] 李伟东,裴祺,林春梅.直肠癌永久性肠造口患者重返工作准备度及影响因素分析[J].中国社会医学杂志,2020,37(4):397-400.
- [3] 江怀宁,陈莉,方磊,等.基于造口定位的腹部功能锻炼对肠造口并发症及生活质量的影响[J].蚌埠医学院学报,2020,45(8):1110-1113.
- [4] 廖倩,刘学英,吴华,等.造口身体形态评估工具在结肠造口病人延续护理中的应用[J].护理研究,2020,34(15):2733-2736.
- [5] 宋秋香,孙慧卿,康海芬,等.以奥马哈系统为框架的延续性护理在肠造口病人中的应用[J].护理研究,2020,34(17):3168-3170.
- [6] 尹宏,赖思帧,张春泽,等.行动导向宣教联合快速康复护理对结肠造口患者胃肠道功能恢复及生活质量的影响[J].中国中西医结合外科杂志,2020,26(4):724-729.
- [7] 杨丽慧.基于行动研究实践理论的健康教育对直肠癌造口患者自我效能和自护能力的影响[J].护理实践与研究,2020,17(7):86-88.
- [8] 赵煜华,王俊霞,张瑞星.自我效能在肠造口病人护理中的应用研究进展[J].护理研究,2020,34(4):683-685.
- [9] 王莹,刘海霞.优质护理对基层医院冠状动脉粥样硬化心脏病患者 SAS 与 SDS 评分的影响[J].中国临床研究,2019,32(1):139-141.
- [10] 龚钰,田婧汝,陈盼,等.脑瘤患者生活质量测定量表 EORTCQLQ-C30、QLQ-BN20 的中文版评价[J].护士进修杂志,2020,35(6):490-494,500.
- [11] 杨国艺,王冷,李硕.结直肠癌造口病人心理弹性研究进展[J].护理研究,2020,34(12):2175-2178.
- [12] 张书涵,张银旭,潘泓宇,等.预防性回肠造口在老年直肠癌患者快速康复外科中的应用[J].实用临床医药杂志,2020,24(13):100-103.
- [13] 张碾连.高龄孕妇分娩自我效能感及其影响因素分析[J].中国药物与临床,2020,20(15):2529-2530.
- [14] 郭晓璐,阮毅,李菁,等.自我效能干预对维持性血液透析患者的临床价值[J].西部医学,2017,29(11):1599-1603.
- [15] 麦华德,宋艳玲,林芸芸,等.全科诊疗模式对老年 2 型糖尿病病人自我效能的影响研究[J].实用老年医学,2020,34(6):551-553,557.
- [16] 曾静.聚焦解决模式对乳腺癌根治术患者自我效能、希望水平及癌因性疲乏的影响[J].护理实践与研究,2020,17(13):99-101.
- [17] 王美兰,陆连芳,于清舒.造口病人创伤后成长与社会心理适应及自我效能相关性分析[J].循证护理,2018,4(8):720-724.
- [18] 王青青,霍孝蓉,吴玲,等.造口患者社会心理适应水平与自我效能的关系及影响因素研究[J].中华现代护理杂志,2018(9):1017-1021.
- [19] 王佳慧,李凯,王爱平.自我效能理论在肠造口患者自我管理行为中的应用效果评价[J].中国医科大学学报,2019,48(11):1041-1044.
- [20] 李娜,郭丹丹,张娜,等.自我效能干预护理对肠造口患者生活质量的影响[J].河北医药,2019,41(7):1107-1109.

(收稿日期:2021-05-12)