

基于5A模式的分级干预对低位直肠癌结肠造口患者的影响研究

张颜,康春博*,贺姗杉,高艳芳,李玲玲,武巧玲

首都医科大学附属北京康复医院 胃肠康复中心,北京 100144

【摘要】 目的 研究基于5A模式的分级干预对低位直肠癌结肠造口患者的作用影响。方法 选取首都医科大学附属北京康复医院2020年9月至2022年9月收治的100例低位直肠癌行结肠造口患者作为研究对象,按照随机数表法分为对照组($n=50$)和研究组($n=50$)。对照组给予常规造口护理干预及随访,研究组在对照组基础上增加基于5A模式的分级干预,两组均随访至术后3个月。比较两组干预前后的造口接受度问卷(stoma acceptance questionnaire, SAQ)、自我护理能力测定量表(exercise of self-care agency scale, ESCA)、乐观主义-悲观主义量表(optimistic tendency-pessimism scale, OPS)和直肠癌特异性生活质量调查表29(quality of life questionnaire-colorectal 29, QLQ-CR29)评分,并统计两组术后3个月内造口并发症的发生情况。**结果** 干预前,两组SAQ评分、ESCA各维度评分、QLQ-CR29评分、OPS乐观维度和OPS悲观维度评分比较,差异均无统计学意义(均 $P>0.05$)。干预后,两组SAQ评分、ESCA各维度评分、OPS乐观主义评分高于干预前,QLQ-CR29评分、OPS悲观主义评分低于干预前,且研究组SAQ评分、ESCA各维度评分、OPS乐观主义评分高于对照组,QLQ-CR29评分、OPS悲观主义评分低于对照组,差异有统计学意义(均 $P<0.05$)。术后3个月内,研究组造口并发症总发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 基于5A模式的分级干预有助于提高低位直肠癌结肠造口患者的造口接受度和自护能力,增强积极乐观心理,改善造口生活质量,降低造口并发症发生率。

【关键词】 5A模式; 分级干预; 低位直肠癌; 结肠造口术; 生活质量

Effect of graded intervention based on 5A model on patients with low rectal cancer undergoing colostomy

Zhang Yan, Kang Chunbo*, He Shanshan, Gao Yanfang, Li Lingling, Wu Qiaoling

Gastrointestinal Rehabilitation Center, Beijing Rehabilitation Hospital of Capital Medical University, Beijing 100144, China

*Corresponding author: Kang Chunbo, E-mail: dzgkang@163.com

【Abstract】 Objective To explore the effect of graded intervention based on 5A model on patients with low rectal cancer undergoing colostomy. **Method** From September 2020 to September 2022, a total of 100 patients with low rectal cancer undergoing colostomy who admitted to our hospital were selected as the study subjects, and they were divided into control group($n=50$) and research group($n=50$) according to random number variation. The control group received routine ostomy nursing intervention and follow-up, while the research group received graded intervention based on 5A mode on top of the control group. Both groups were followed up until 3 months after surgery. The stoma acceptance questionnaire(SAQ), exercise of self-care agency scale(ESCA), optimistic tendency-pessimism scale(OPS) and quality of life questionnaire-colorectal 29(QLQ-CR29) were compared between the two groups before and after intervention. And the incidence of stoma complications within 3 months after surgery was compared between the two groups. **Result** Before intervention, there were no significant differences in SAQ score, each dimension score of ESCA, QLQ-CR29 score, optimistic dimension score of OPS and pessimistic dimension score of OPS between the two groups(all

基金项目:北京市残疾人联合会项目(19GNOAFWKG0275);首都医科大学附属北京康复医院科技发展专项(20202-58)

*通信作者:康春博,E-mail:dzgkang@163.com

$P>0.05$). After intervention, the SAQ score, each dimension score of ESCA, optimistic dimension score of OPS of the two groups were higher than before intervention, and the QLQ-CR29 score, pessimistic dimension score of OPS were lower than before intervention, and the SAQ score, each dimension score of ESCA, optimistic dimension score of OPS in the research group were significantly higher than those in the control group, and the QLQ-CR29 score, pessimistic dimension score of OPS were lower than those in the control group, with statistically significant differences (all $P<0.05$). Within 3 months after surgery, the total incidence of stoma complications in the research group was significantly lower than that in the control group, with statistically significant difference ($P<0.05$). **Conclusion** The graded intervention based on the 5A model can significantly improve the acceptance and self-care ability of patients with low rectal cancer undergoing colostomy, enhance positive psychology, reduce the incidence of colostomy complication, and improve the quality of life after colostomy.

【Key words】 5A mode; Graded intervention; Low rectal cancer; Colostomy; Quality of life

结直肠癌(colorectal cancer, CRC)作为消化道常见的恶性肿瘤之一,2020年全球CRC新发病例数、死亡例数均居世界前三,而低位直肠癌在所有CRC中占比较高^[1-2]。由于CRC的早期症状不典型及筛查参与率低,导致多数患者在确诊时已处于中晚期,故目前肠造口术是治疗CRC的重要外科手术^[3]。手术改变了排粪的正常结构,患者从生理、心理方面都难以接受,大部分患者至少需要半年时间来适应造口生活。随着加速康复理念的推进,不少造口患者住院时间大大缩短,多数患者及其家属无法在短时间内掌握造口护理技巧,致使患者的自我护理能力低下,易出现术后并发症,而造口术后的相关并发症是延长患者康复时间和降低生命质量的重要危险因素^[4-6]。目前临床上,针对CRC造口患者的护理干预多以围手术期口头宣教和避免院内并发症发生为主,对于术后居家阶段的造口自我管理行为及其自护质量则缺乏持续关注。故针对患者个体差异,全面提升造口自我管理能力对于改善其生活质量及预后具有重要意义。5A干预模式是一种以循证医学为基础的行为改变和健康促进的干预疗法,由问询(Ask)、评估(Assess)、建议(Advice)、帮助(Assist)和安排随访(Arrange)五个维度组成,旨在逐步提高患者疾病自我管理能力和促进康复效果^[7]。鉴于此,本研究将基于5A模式的分级干预用于CRC肠造口术后患者的早期康复管理中,并研究该干预模式对结肠造口患者自我管理行为、造口相关心理、造口并发症等的影响,以期为提高造口患者的早期康复效果提供新思路。

1 资料与方法

1.1 临床资料 纳入首都医科大学附属北京康复医院2020年9月至2022年9月收治的100例低位直肠癌首次行结肠造口患者作为研究对象,按照随机数表法分为对照组($n=50$)和研究组($n=50$)。对照组给予常规造口护理干预及随访,研究组在对照组基础上增加基于5A模式的分级干预,两组均随访至术后3个月。纳入标准:①行开腹会阴联合直肠癌根治术,且具备行永久性肠造口术指标者;②对本研究知情同意,年龄不低于18岁;③语言和沟通能力正常,会独立使用即时通讯工具;④预计术后生存时间不低于1年;⑤依从性好,能配合完成各项检查者。排除标准:①有精神疾病用药史者;②合并其他癌症,严重心、脑、肝、肾等脏器疾病者;③独居或孤寡老人、无法自理或生活能力严重依赖他人者;④正参与其他可能干扰本研究结果者。本研究已通过首都医科大学附属北京康复医院医学伦理委员会批准(批准号:2020bkkyL069)。两组患者一般基线资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表1。

1.2 研究方法

1.2.1 对照组 患者经Miles手术后给予常规直肠癌造口围手术期护理及术后随访,包括:①患者基本资料、疾病发展史、接受治疗情况、饮食偏好等基本情况的记录,直肠癌结肠造口术的必要性说明,解答患者对于治疗方面的疑惑;②围手术期治疗性护理(生命体征观察、切口及引流管护理)、心理支持、饮食指导(禁胀气、辛辣、刺激性食

物,多食高纤维素、粗纤维食物)、术后康复训练(床上、床下活动);③出院前无差别地向患者讲解肠造口自护方法及避免并发症的饮食禁忌,对患者及其家属进行初步的造口护理培训、并发症预防宣教等;④出院前1d对患者造口相关心理、自护能力、生活质量等进行全面评估并及时告知家属相关结果和给出口头建议;⑤出院时建立电话随访档案,发放科室自制的《造口护理及康复手册》,出院后定期电话随访等,随访至术后3个月。

1.2.2 研究组 患者入住不同于对照组的病区,与对照组患者无交流机会。研究组患者在对照组基础上增加基于5A模式的分级干预,干预至术后3个月,流程如下:①成立5A分级干预小组。成立由胃肠医师、造口治疗师、心理咨询师、营养师、责任护士,分级诊疗服务点的社区医生、护士等人组成的干预小组,所有成员均经过相关专业培训和考核通过。②5A分级干预。借鉴国内外最新报道并结合科室实际医疗资源配置,制定针对直肠癌造口患者的5A分级干预模式流程,该模式流程包含了问询(Ask)、评估(Assess)、建议(Advice)、帮助(Assist)和安排随访(Arrange)五个维度,各维度层层递进且形成闭环管理,具体干预措施见表2。

表1 两组患者一般资料比较

一般资料	对照组 (n=50)	研究组 (n=50)	χ^2/t 值	P 值
性别[例(%)]			0.657	0.418
男	28(54.0)	31(62.0)		
女	22(46.0)	19(38.0)		
年龄($\bar{x} \pm s$, 岁)	57.5 \pm 7.6	58.4 \pm 8.1	0.573	0.568
配偶状况[例(%)]			0.796	0.372
有偶	45(90.0)	42(84.0)		
无偶(未婚或丧偶)	5(10.0)	8(16.0)		
文化程度[例(%)]			0.887	0.642
小学及初中	14(28.0)	10(20.0)		
中技及高中	22(44.0)	24(48.0)		
大专及以上	14(28.0)	16(32.0)		
TNM 分期[例(%)]			0.700	0.705
I 期	21(42.0)	19(38.0)		
II 期	18(36.0)	22(44.0)		
III 期	11(22.0)	9(18.0)		

1.3 评价指标 分别对两组患者干预前(出院前1d)、干预后(术后3个月)的造口接受度、自我护理能力、乐观-悲观心理倾向和生活质量进行评测,并统计术后3个月内造口并发症的发生率。①

造口接受度用造口接受度问卷(stoma acceptance questionnaire, SAQ)评估,量表包括促进自主决策与责任感、评估信任和评估重要性3个维度,共12个条目,每个条目计1~4分,满分为48分,分值越高则提示患者对造口接受度越高,该量表总Cronbach's α 系数为0.826^[8]。②自我护理能力用自我护理能力测定量表(exercise of self-care agency scale, ESCA)评测,量表包含自我概念、自护责任感、自护知识和自护技能4个维度,共43个条目,每个条目计0~4分,满分为172分,得分越高则自护理能力越强,量表的Cronbach's α 系数为0.87^[9]。③乐观-悲观心理倾向用乐观主义-悲观主义量表(optimistic tendency-pessimism scale, OPS)评测,量表包含乐观心理倾向(5个条目)与悲观心理倾向(6个条目)两个维度,共计11个条目,各条目按1~5分计分,某维度评分越高越倾向于该心理状态,量表总Cronbach's α 系数为0.80^[10]。④生活质量用直肠癌特异性生活质量调查表29(quality of life questionnaire-colorectal 29, QLQ-CR29)评测,量表简便且具有针对性,尤其对直肠癌敏感,量表包含6个基本维度(排尿问题、腹部和盆腔疼痛问题、排便问题、大便失禁、焦虑、身体形象等)的18个条目、4个性相关条目(男性性乐趣、女性性乐趣、阳痿、性交困难)和7个独立条目(腹胀、口干、脱发、味觉问题、皮肤问题、造瘘尴尬感和直肠造瘘问题),共29个条目,各条目以1~4分计分,量表总Cronbach's α 系数>0.7,得分越高则造口生活质量越差。由于患者术后3个月内禁欲,故未评测患者性相关条目得分^[11]。⑤造口并发症发生率:统计两组患者术后3个月内发生造口周围损伤性皮炎、造口出血、造口旁疝、造口回缩、造口脱垂、造口坏死等造口并发症发生情况。

1.4 统计学分析 所有数据采用双人录入Excel表并导入SPSS 25.0软件进行统计学处理。正态分布计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,两组比较行 t 检验;计数资料以例(%)表示,两组比较行 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者造口接受度SAQ评分、生活质量QLQ-CR29评分比较 干预前,两组患者造口接受度SAQ评分、生活质量QLQ-CR29评分比较,差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$)。干预后,两组患

表2 低位直肠癌结肠造口患者的5A分级干预措施

干预维度	干预节点	干预内容及措施
1A. 问询 (Ask)	出院前1 d	由责任护士和造口治疗师对患者造口接受度、心理状态、自护能力、生活质量等进行询问,全面了解患者生理、心理状况,并说明研究意义以争取患者及其家属最大程度的配合,并将相关资料录入个人病案中
	出院后动态问询 (共开展6~8次)	根据患者个体差异,以1周/次、2周/次的频次在线询问患者居家康复阶段造口排泄量,造口是否发生周围皮肤疼痛、出血、回缩、脱垂及坏死等不良状况,心理状态、用药情况、饮食状况等,并记录问询结果
2A. 评估 (Assess)	出院前1 d	根据问询结果对患者的造口接受度、心理状态、自我护理能力、生活质量等进行全面评估,收集患者现存和潜在的健康问题并录入个人病案中
	出院后动态评估 (共开展6~8次)	根据每次问询或患者主诉信息,对患者居家康复阶段的心理状况、自护能力、造口并发症发生情况进行统计分析,末次评估需增加生活质量评价内容。每次完成评估后需对评估内容进行分析整理以针对性地给出干预建议、确定是否需要安排线下随访干预及下次评估关键点
3A. 建议 (Advice)	以评估结果为导向,给予针对性建议	<p>①负面心理较重者:给予情绪宣泄建议、耐心倾听并鼓励患者积极面对生活,嘱家属对患者多给予陪伴及关爱。组织病友趣味活动,鼓励患者多进行正常的社交活动,让患者感受到更多温情,逐步摆脱造口所致的悲观厌世、自暴自弃、焦虑抑郁等负面心理</p> <p>②自护能力较差者:主观原因所致自护能力差者则应及时进行心理疏导,让患者认识到自我管理的不足及重要性,增加其自我改变的愿望,并与患者或家属口头或书面约定自我管理协议;年龄大、接受能力差等客观原因所致者则多给予耐心宣教,可利用动画演示图、视频教学等方式增加患者的自护能力</p> <p>③再次评估和随访时督查上次既定方案的完成情况,并根据患者病情及上次完成情况制定下一阶段建议及方案,鼓励患者共同参与完成</p>
	出院前1 d	协助患者关注造口护理微信公众号,并建立“造口之家”微信群以便护患及时沟通
4A. 帮助 (Assist)	出院后	<p>①干预人员定期通过微信公众号、微信群等推送健康教育内容,并在微信群内鼓励患者自由交流,促进患者共情支持,患者也可通过微信向干预人员寻求造口防护或紧急处理方法</p> <p>②造口并发症分级帮助(干预)</p> <p>I级(自我护理):若患者评估显示无造口并发症或轻度无风险并发症如造口轻度狭窄、轻度出血等,且造口底盘不影响日常生活,则针对性推送造口护理相关内容,必要时对患者进行远程视频指导,酌情增加1~2次的计划外随访</p> <p>II级(门诊或上门干预):若患者已有造口并发症发生且自行处理较难,造口底盘更换频率<3 d,则由造口师远程指导并嘱患者门诊处理或预约上门护理,酌情增加2~3次的计划外随访,若患者未及时处理应及时询问原因并督促其及时处理</p> <p>III级(专科门诊干预):若患者造口周围较疼痛,并伴有腹痛、排气排粪停止、血便等异常状况,则及时联系主任医师协助指导并督促患者尽快就诊,酌情增加3~4次计划外随访</p>
	出院前1 d	协助患者关注造口护理微信公众号,并建立“造口之家”微信群以便护患及时沟通
5A. 安排随访(Arrange)	出院后	<p>①造口协助护理指导:患者在接受II级~III级干预时,严格执行医嘱及相关预案给予帮助(干预),传授患者紧急情况应对措施,督促患者遵医嘱进行自我护理,并对患者每次随访康复情况进行评估和给出相应建议,形成5A闭环干预</p> <p>②心理疏导:心理疏导贯穿5A干预的各个维度。与患者沟通交流时,应耐心倾听患者主诉,使其尽快接受造口存在的事实,鼓励患者积极参与护治及社交活动,针对情绪脆弱和内向的患者应持续给予人文关怀以改善其负面情绪。在此期间也持续地向患者灌输自我护理、积极面对造口的积极意义,使其看到自身价值,消除负担感、自卑感等负面心理</p> <p>③生活指导:指导患者调节膳食,形成良好的生活方式,指导患者进行定期排便的重建,督查患者遵《造口护理及康复手册》医嘱行为,传授患者生活中紧急情况应对措施,督促患者遵医嘱开展各项活动以保障康复效果</p>

者 SAQ 评分均高于干预前,且研究组 SAQ 评分高于对照组;两组患者 QLQ-CR29 评分低于干预前,且研究组 QLQ-CR29 评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

2.2 两组患者自我护理能力 ESCA 评分比较 干预前,两组患者自我护理能力 ESCA 中的自我概念、自护责任感、自护知识和自护技能等维度评分比较,差异均无统计学意义(均 $P>0.05$)。干预后,两组患者的 ESCA 各维度评分均有提高,且研究组的 ESCA 各维度评分均高于对照组,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$)。见表 4。

表 3 两组患者 SAQ 评分、QLQ-CR29 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

项目	对照组 (n=50)	研究组 (n=50)	t 值	P 值
SAQ 评分				
干预前	27.21±3.48	26.79±3.62	0.591	0.556
干预后	32.46±3.52*	36.25±3.37*	5.449	<0.01
QLQ-CR29 评分				
干预前	52.56±6.85	53.19±7.51	0.438	0.662
干预后	41.38±7.96*	35.72±6.48*	3.899	<0.01

注:与同组干预前比较,* $P<0.05$ 。

表 4 两组患者自我护理能力 ESCA 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

项目	对照组 (n=50)	研究组 (n=50)	t 值	P 值
自我概念				
干预前	15.17±3.28	14.86±3.39	0.465	0.642
干预后	19.53±4.46*	23.68±4.53*	4.616	<0.01
自护责任感				
干预前	13.54±2.92	13.26±2.75	0.640	0.524
干预后	16.56±3.13*	19.16±2.94*	4.276	<0.01
自护知识				
干预前	47.26±5.34	46.77±5.41	0.456	0.649
干预后	52.39±5.26*	58.53±5.54*	5.583	<0.01
自护技能				
干预前	23.36±4.21	22.64±3.97	0.880	0.381
干预后	31.57±5.23*	36.62±5.31*	4.791	<0.01

注:与同组干预前比较,* $P<0.05$ 。

2.3 两组患者乐观-悲观心理倾向 OPS 评分比较 干预前,两组 OPS 乐观主义、悲观主义评分比较,差异均无统计学意义(均 $P>0.05$)。干预后,两组患者 OPS 乐观主义评分高于干预前,且研究组高于对照组;两组患者 OPS 悲观主义评分低于干预前,且研究组 OPS 悲观主义评分低于对照组,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$)。见表 5。

2.4 两组患者造口并发症发生率比较 术后 3 个月内,研究组造口并发症总发生率(18.0%)明显低于对照组(48.0%),差异有统计学意义($P<0.05$)。

见表 6。

表 5 两组患者乐观-悲观心理倾向 OPS 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

项目	对照组 (n=50)	研究组 (n=50)	t 值	P 值
OPS-乐观主义				
干预前	15.98±3.19	15.72±3.63	0.308	0.704
干预后	17.76±3.31*	19.34±2.42*	3.587	<0.01
OPS-悲观主义				
干预前	22.35±4.13	22.62±3.44	0.355	0.723
干预后	19.24±4.53*	16.48±3.82*	3.294	<0.01

注:与同组干预前比较,* $P<0.05$ 。

表 6 两组患者造口并发症发生情况比较[例(%)]

造口并发症	对照组 (n=50)	研究组 (n=50)	χ^2 值	P 值
周围损伤性皮炎	14(28.0)	6(12.0)	4.000	0.046
出血	3(6.0)	1(2.0)	0.260	0.610
旁疝	2(4.0)	1(2.0)	<0.01	1.000
回缩	3(6.0)	1(2.0)	0.260	0.610
脱垂	0(0)	0(0)	-	-
坏死	2(4.0)	0(0)	0.510	0.475
总计	24(48.0)	9(18.0)	6.857	<0.01

注:“-”无比较意义。

3 讨论

随着医疗技术的不断进步,肠造口术虽可有效提高 CRC 患者的生存率,但造口术也改变了患者的正常生理功能及排便方式,常给患者身心带来较大冲击^[12],不少患者术后易出现悲观消极、主观性自护能力差等现实问题,而这些问题又会加重造口并发症发生率,直接影响康复效果,尤其是在患者术后 3 个月的早期康复期。5A 分级干预模式与常规护理干预模式有着明显不同,在组织、服务和实行上更具有优越性,该模式将护理干预工作分为 5 个主要维度,每个维度均有目标重点,各维度层层递进且形成闭环管理,在此基础上针对不同康复阶段、不同状况的患者开展分级管理及随访干预。国内外近年来的研究中,5A 干预模式用于肾移植^[7]、血液透析^[13]、糖尿病^[14]等内外科疾病护理干预中均取得较好的效果评价,但在胃肠外科疾病尤其是在 CRC 造口患者的临床干预中尚鲜有报道。因此,对 CRC 造口患者早期康复阶段实施基于 5A 模式的分级干预,具有一定的创新性和实用价值。

肠造口对患者的心理影响非常大,不少造口患者回归社区后仍有相当长的时间内在心理上不愿意或不敢正视造口,表现为自护能力差、负性情

绪重,导致造口患者术后并发症多、造口生活质量差,故心理干预是造口患者早期康复管理的重点,即患者越早接受造口、正视造口和积极面对造口则其预后越好。本研究结果表明,干预后研究组SAQ评分、OPS乐观主义评分高于对照组,而OPS悲观主义评分低于对照组,与汪冰心等^[15]研究结果较为接近,提示基于5A模式的分级干预有利于提高CRC造口患者的造口接受度、降低消极心理,提高乐观心理。造口接受度是患者应对造口带来的不良影响的主观能力,直接关系到患者的社会适应水平和生活质量^[16]。基于5A模式的分级干预将心理支持贯穿于各个干预维度,并利用线上及线下相结合的形式针对不同个体采取多步骤、专业化的护理干预或指导建议,督促患者定期完成既定任务,不断鼓励患者面对造口、积极适应造口生活,对患者潜在的身心问题进行及时评估和有效干预,让患者充分感受到专业、温情的护理服务,使患者的负性心理及时得到开解,进而使患者造口接受度和乐观心理得到有效提高。

自我护理是一种自我照顾行为,指个体利用现有资源,进行自我照顾、满足自身保健需求、维持和促进自身健康的能力^[17]。术后结肠造口的自我护理伴随其终生,直接关系到患者的造口生活质量,亦是患者必备的生存能力。本研究结果表明,干预后研究组自我概念、自护责任感、自护知识和自护技能等自护能力指标均高于对照组,造口生活质量改善程度也明显高于对照组,与卞龙艳等^[18]研究类似。有研究表明,肠造口患者自我护理能力除与性别、年龄、文化水平、家庭支持度等因素有关外,也与护理人员对患者自我护理能力的重视度有关^[19]。护理人员较重视护理造口的学习指导,很少提供机会让患者自我护理造口,对患者是否能够掌握护理技巧也不甚了解,导致不少患者出院后自我护理造口水平不高。此外,积极乐观的心理状态也有助于促进患者健康行为的养成和提高自我护理能力。基于5A模式的分级干预利用循证分析结果,针对影响造口患者自护能力的风险因素制定规范化的干预流程,并在实施干预时充分根据不同个体情况的患者进行相应的调整,如年龄大、文化程度低者增加多媒体演示次数,并适当增加上门随访次数,家庭困难者则帮助其申请相应的医疗救助及社会支持。另外,随访干预时对肠造口自我护理的内容进行反复教授和分

解,并观摩每个患者自我护理造口的过程和对自护过程中出现的问题进行及时纠正,充分巩固和提升患者护理技能,且辅以积极的心理学干预,使患者与康复行为变化相适应,树立自我护理的责任感和意识,在此过程中患者可充分感受到自己被关怀、被“治愈”,逐步改变其肠造口自我护理行为,进而改善其生活质量。

造口并发症发生率是评价CRC造口患者预后、生理健康状况的重要指标,而出院后延续护理对于降低造口并发症发生率有着不同成效。本研究结果表明,研究组造口并发症发生率明显低于对照组,与李华艳等^[20]研究结果接近,说明基于5A模式的分级干预较常规电话随访更有助于降低造口患者的并发症发生率。实施基于5A模式的分级干预有患者分级和病情分级两个层面的考量,患者分级是在充分保障患者得到有效干预频次的前提下,针对自护能力不同的患者进行分级干预;病情分级则是根据患者造口的相关情况进行分级干预、循序渐进,这样不仅有助于充分调动患者自我护理的积极性,也有助于节省医疗资源。在具体实施过程中,5A分级干预在获得患者及其家属充分配合后,动态跟进患者的身心状态,对造口相关风险因素进行严格防范,如对患者日常生活、饮食禁忌进行打卡督导,尽早帮助患者重建定期排便行为,为降低造口并发症发生率提供了重要保障。短期来看,基于5A模式的分级干预对于改善低位直肠癌结肠造口患者的生活质量有着明显成效,但是由于本研究为单中心研究、选取病例有限及结肠造口患者的异质性等客观限制,相关研究结果可能存在一定偏差,后续研究可统筹增加相关医疗资源配置以开展多中心、增大样本量、完善长期随访机制等深入研究,以优化干预模式让更多患者获益。

综上所述,基于5A模式的分级干预有助于提高低位直肠癌结肠造口患者的造口接受度和自护能力,增强积极心理,降低造口并发症发生率和改善造口生活质量。

参考文献

- [1] SUNG H, FERLAY J, SIEGEL RL, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries [J]. CA

- Cancer J Clin, 2021,71 (3):209-249.
- [2] 林晓荣, 陈龙林, 吴焕坤. 末端回肠造瘘在腹腔镜低位直肠癌手术中的临床应用分析[J/CD]. 消化肿瘤杂志(电子版), 2022, 14(2): 164-168.
- [3] 何亚琳, 程志强. 调脾安肠方联合 XELOX 方案治疗结肠直肠癌术后患者的临床研究 [J]. 中华中医药杂志, 2023, 38(1): 437-441.
- [4] 陈俊勇, 程黎阳. 加速康复理念下结肠癌切除术后住院时间延长的风险因素分析[J/CD]. 消化肿瘤杂志(电子版), 2023, 15(1): 5-9.
- [5] 刘全丽, 张婕, 张静, 等. 思维导图式健康教育对肠造口患者术后自我护理能力的影响 [J]. 中华全科医学, 2022, 20(9): 1615-1619, 1630.
- [6] 钟春霞, 魏清风, 熊燕, 等. 基于 IMB 模型的出院准备计划在结肠癌永久性肠造口患者中的应用 [J]. 护理学杂志, 2020, 35(21): 1-4.
- [7] 杨巧兰, 胡少华, 董洁, 等. 基于 5A 模式肾移植术后患者自我管理干预方案的构建与应用 [J]. 中国卫生质量管理, 2022, 29(12): 80-87.
- [8] 胡婷, 王惠珍, 甄莉, 等. 造口患者造口接受度现状及影响因素分析[J]. 现代预防医学, 2019, 46(17): 3250-3255.
- [9] BAGNASCO A, WATSON R, ZANINI M, et al. Developing a Stoma Acceptance Questionnaire to improve motivation to adhere to enterostomy self-care [J]. J Prev Med Hyg, 2017, 58(2): E190-E194.
- [10] 袁立新, 林娜, 江晓娜. 乐观主义-悲观主义量表的编制及信效度研究[J]. 广东教育学院学报, 2007, 27(1): 55-59.
- [11] 王轶, 朱生樑. 非糜烂性反流病患者生活质量评价 [J]. 广东医学, 2018, 39(3): 438-442.
- [12] 李芬, 李明霞, 黄召慧, 等. ADOPT 模式联合团体干预在直肠癌结肠造口患者中的管理效果[J]. 中国医药导报, 2023, 20(8): 180-183.
- [13] KEIVAN S, SHARIATI A, MILADINIA M, et al. Role of self-management program based on 5A nursing model in quality of life among patients undergoing hemodialysis: a Randomized Clinical Trial[J]. BMC Nephrol, 2023, 24(1): 58.
- [14] ELSOBKY FA, DARWEESH HA, ALZHRANI SH, et al. The impact of a self-management program based on the 5 A's model on type 1 diabetes in school-aged children [J]. Ann Nutr Metab, 2022, 78(4): 197-206.
- [15] 汪冰心, 张苇, 陈晓娟, 等. 接纳与承诺疗法对永久性肠造口患者造口接受度和社会心理适应的影响 [J]. 护理学报, 2021, 28(20): 68-73.
- [16] 张宁, 司徒丽萍, 林翠香, 等. 激励式护理对提高直肠癌术后永久性结肠造口患者生活质量及自我护理能力的作用 [J]. 白求恩医学杂志, 2019, 17(1): 89-91.
- [17] 何爱莲, 李瑞娥, 朱洁琼, 等. 以多媒体为载体的早期干预与控制管理对直肠癌术后肠造口患者 ESCA 评分及并发症风险的影响[J]. 广州医学院学报, 2021, 49(5): 148-151.
- [18] 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(1): 90-92.
- [19] 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.
- [20] 李华艳, 严敏, 武晓勇. 三级联动干预模式对直肠癌造口患者并发症、病耻感及社会适应性的影响[J]. 海军医学杂志, 2022, 43(10): 1077-1080.