

· 护理与康复 ·

分阶段健康教育配合出院指导对子宫内膜癌术后复发率及患者生活质量的影响

褚永姣,任婷婷

(郑州大学第一附属医院河医院区 妇科五病区,河南 郑州 450001)

【摘要】目的 观察分阶段健康教育配合出院指导对子宫内膜癌术后出院患者的影响。**方法** 选取我院2021年1月至2021年12月收治的子宫内膜癌患者95例,按随机数表法分为对照组($n=47$)和观察组($n=48$)。对照组予以常规院外护理,观察组予以分阶段健康教育配合出院指导。比较两组健康知识水平、疾病复发率及并发症率、自护能力、生活质量和自我感受负担。**结果** 干预后,观察组健康知识知晓率高于对照组($P<0.05$);观察组复发率、并发症率低于对照组($P<0.05$);观察组健康知识评分、自我护理责任感评分、自我护理技能评分、自我概念评分高于对照组($P<0.05$);观察组癌症患者生活质量测定量表(QOL-C30)评分、癌症患者自我感受负担量表(SPBS-CP)评分低于对照组($P<0.05$)。**结论** 对子宫内膜癌术后出院患者实施分阶段健康教育配合出院指导能减少其疾病复发和并发症,提升其健康知识水平和自护能力,改善其生活质量,减轻其负担感。

【关键词】子宫内膜癌;健康教育;院外护理;生活质量

中图分类号:R737.33

文献标识码:B

文章编号:1673-9388(2023)03-0212-04

DOI:10.19891/j.issn1673-9388.(2023)03-0212-04

子宫内膜癌是临床常见的女性生殖系统恶性肿瘤,近几年发病率逐年上升且发病趋于年轻化,已严重威胁女性身心健康^[1]。目前手术仍为临床首选治疗方案。手术可在一定程度上延长患者生命周期,但出院后长期化疗及生殖器官缺失对患者的生活质量造成不良影响^[2]。另外,子宫内膜癌术后仍有较高的复发率,需患者长期保持健康生活方式及掌握专业护理知识以改善预后^[3]。因此,临床护理人员在患者出院后提供持续性护理服务具有重要意义。健康教育是很重要的基础护理服务,有效的健康教育能提升患者对疾病的认知和自护能力,对控制病情发展具有积极意义^[4]。但常规健康教育形式单一,内容片面,患者接受度低,健康教育效果不理想。本研究将分阶段健康教育配合出院指导应用于我院子宫内膜癌患者,旨在观察护理效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院2021年1月至12月收治的子宫内膜

癌患者95例,以随机数表法分为对照组($n=47$)、观察组($n=47$)。对照组年龄32~54岁,平均(43.22 ± 5.36)岁;病程4~7个月,平均(5.82 ± 0.68)个月;病理分期:Ⅰ期12例、Ⅱ期20例、Ⅲ期15例。观察组年龄33~55岁,平均(44.13 ± 5.10)岁;病程4~8个月,平均(6.03 ± 0.71)个月;病理分期:Ⅰ期13例、Ⅱ期19例、Ⅲ期16例。两组年龄、病理分期、病程比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究符合《赫尔辛基宣言》中相关伦理内容。

纳入标准:(1)符合《子宫内膜癌诊治规范(2018年版)》^[5]中诊断标准;(2)签署知情同意书;(3)预计生存期 >6 个月;(4)具有初中以上学历,有良好阅读理解能力;(5)均已实施手术治疗且已出院。**排除标准:**(1)肿瘤已出现其他部位转移;(2)视力、听力障碍;(3)存在精神疾病;(4)术后存在严重并发症。

1.2 方法

对照组实施常规院外护理,出院时护理人员根据患者的实际恢复情况对其进行健康宣教,告知其居家饮食、活动、用药等注意事项,叮嘱其每天适度进行康复锻炼,保持良好心态。每月护士电话联系

收稿日期:2023-01-11;修回日期:2023-03-29

第一作者:褚永姣(1988—),女,本科,主管护师。研究方向:妇科护理。E-mail:36239628@foxmail.cn

患者一次,询问病情,提供健康指导。观察组实施分阶段健康教育配合出院指导。(1)出院指导。主治医生下达出院医嘱后,护理人员安排患者出院,出院前给予出院指导。首先护理人员查阅患者住院病历资料,详细了解患者目前病情恢复状态、家庭背景、文化水平。此外,护理人员采用自制《子宫内膜癌健康知识水平调查表》评估患者对疾病和护理知识的掌握度,最终护理人员依据患者上述资料为患者制定个性化出院指导手册,护理人员按照手册内容逐条为患者讲解,内容主要包括切口护理、饮食指导、康复锻炼方法、用药方法、并发症预防等,讲解过程中与患者互动,询问患者是否理解,及时解答患者疑问。讲解结束后将出院指导手册给予患者,便于患者日常翻阅查看。(2)分阶段健康教育。出院后的健康教育服务主要在微信群内进行。①出院后第1个月。护理人员制作群内健康管理打卡模板,内容包括姓名、年龄、日期、饮食、康复锻炼、用药情况、不适症状、睡眠等,患者每天据实填写,护士依据患者健康反馈每天通过微信为患者提供针对性护理指导。②出院后第3个月。护理人员组织一次线下病友交流会,邀请所有患者参与,分享出院后的疾病情况及自护经验,护士从旁予以指导和纠正,鼓励患者积极学习优秀的自我管理经验,同时鼓励患者抒发内心情绪,病友间互相支持劝导,保持积极心理状态。③出院后半年。邀请医院相关专家通过微信直播平台为患者讲解以“子宫内膜癌复发预防”为主题的宣教课程,告知患者子宫内膜癌复发的高危因素及日常预防方法,引导患者保持健康生活方式,避免癌症复发或转移。④出院后1年。护理人员每两周电话联系一次患者开展院外随访,详细记录患者存在问题,发现问题及时解决,每月翻阅随访记录,根据记录询问患者既往存在问题是否得到解决,尽量帮助患者解决全部问题。两组均干预至患者出院后1年。

1.3 观察指标

(1)健康知识水平。采用自制《子宫内膜癌健康知识水平调查表》从疾病知识(20分)、化疗/放疗知识(30分)、自我护理知识(30分)、预防复发(20分)4个方面评估两组的健康知识水平,总分为100分,0~60分为低水平,61~80分为中等水平,81~100分为高等水平。健康知识知晓率=(高等水平例数+中等水平例数)/总例数 \times 100%。(2)复发率及并发症率。干预期间统计两组的复发率,同时统计两组的排尿困难、肠梗阻、肠黏连等并发症率。(3)自

护能力。干预前后采用自护能力测定量表(exercise of self-care agency scale, ESCA)^[6]评估两组患者的自护能力,该量表由自我护理技能、健康知识、自我护理责任感、自我概念4项内容组成,分别包含12个条目、17个条目、6个条目、8个条目,该量表共43个条目,每个条目分值为0~4分,总分为0~172分,评分越高自护能力越强。(4)生活质量。干预前后以癌症患者生活质量测定量表(quality of life questionnaire-core 30, QOL-C30)^[7]评价两组的生活质量,共包含角色功能、认知功能、躯体功能、社会功能、情绪功能5项功能领域,疼痛、恶心呕吐、疲劳3个症状领域及其他6个单一测量项目,总分为28~112分,评分越低表明生活质量越好。(5)自我感受负担。干预前后采用癌症患者自我感受负担量表(self-perceived patients, SPBS-CP)^[8]评价两组的自我感受负担,该量表由照护负担、经济/家庭负担、情感负担、治疗负担4个项目组成,共21个条目,每个条目计1~5分,总分为21~105分,评分越高表示负担感越重。

1.4 统计学方法

采用SPSS 25.0软件进行数据统计分析,计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以 $[n(\%)]$ 表示,采用 χ^2 检验,均为双侧检验, $\alpha=0.05$ 。以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组健康知识水平比较

与对照组比较,观察组健康知识知晓率更高($P<0.05$)(见表1)。

表1 两组健康知识水平比较 [$n(\%)$]

组别	例数	高水平	中等水平	低水平	健康知识知晓率
观察组	48	28(58.33)	18(37.50)	2(4.17)	46(95.83) ^a
对照组	47	17(36.17)	20(42.55)	10(21.28)	37(78.72)
					χ^2
					6.299
					P
					0.012

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

2.2 两组复发率及并发症率比较

与对照组比较,观察组复发率、并发症率更低($P<0.05$)(见表2)。

2.3 两组自护能力比较

与干预后比较,两组健康知识评分、自我护理责任感评分、自我护理技能评分、自我概念评分提高,且观察组高于对照组($P<0.05$)(见表3)。

表2 两组复发率及并发症率比较 [n (%)]

组别	例数	复发率	排尿困难	肠梗阻	肠粘连	并发症
观察组	48	6(12.50) ^a	0(0.00)	2(4.17)	1(2.08)	3(6.25) ^a
对照组	47	15(31.91)	2(4.26)	5(10.64)	3(6.38)	10(21.28)
χ^2		5.199				4.540
<i>P</i>		0.023				0.033

注:与对照组比较,^a*P*<0.05。

表3 两组自护能力比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	时间	自我概念	健康知识	自我护理技能	自我护理责任感
观察组	48	干预前	20.74 ± 3.88	44.39 ± 6.73	30.82 ± 3.24	13.06 ± 3.75
		干预后	26.19 ± 3.52 ^{ab}	52.62 ± 8.41 ^{ab}	38.98 ± 5.07 ^{ab}	17.56 ± 4.25 ^{ab}
对照组	47	干预前	21.10 ± 3.39	43.65 ± 6.31	31.67 ± 3.56	12.41 ± 3.28
		干预后	23.71 ± 2.64 ^a	48.36 ± 7.05 ^a	35.16 ± 4.24 ^a	15.32 ± 3.68 ^a
<i>t</i>		干预前	0.481	0.553	1.218	0.899
		干预后	3.879	2.673	3.979	2.744
<i>P</i>		干预前	0.632	0.582	0.227	0.371
		干预后	<0.01	0.009	<0.01	0.007

注:与干预前比较,^a*P*<0.05;与对照组比较,^b*P*<0.05。

2.4 两组生活质量及自我感受负担比较

与干预后比较,两组QOL-C30评分、SPBS-CP评分降低,且观察组显著低于对照组(*P*<0.05)(见表4)。

表4 两组生活质量及自我感受负担比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	QOL-C30		SPBS-CP	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	48	91.54 ± 6.72	73.07 ± 4.11 ^{ab}	85.40 ± 6.57	68.32 ± 5.24 ^{ab}
对照组	47	90.65 ± 5.98	77.35 ± 5.26 ^a	86.22 ± 7.04	72.86 ± 6.09 ^a
<i>t</i>		0.681	4.425	0.587	3.898
<i>P</i>		0.497	<0.01	0.559	<0.01

注:与干预前比较,^a*P*<0.05;与对照组比较,^b*P*<0.05。

3 讨论

子宫内膜癌是发展中国家发病率居于第二位的女性恶性肿瘤疾病。数据显示,每年新发子宫内膜癌患者约50万人,每年约20万人死于子宫内膜癌,具有极大危害性^[9-11]。手术治疗是该病临床常用治疗方式,但创伤较大,患者术后极易出现各种并发症,住院期间身体很难完全恢复^[12,13],因此出院后的专业化护理十分重要。

本研究针对子宫内膜癌术后出院患者采用分阶段健康教育配合出院指导进行护理干预,结果显示,与对照组比较,观察组复发率、并发症率有效降低(*P*<0.05),证明该护理方式对患者预后效果和临床结局有积极作用。分析原因在于,本研究的出院指导内容是对患者进行评估后,基于患者需求而制

定的,能满足不同患者的个性化需求,且内容中包含并发症预防,能提升患者相关认知。同时,出院后第一个月护理人员为患者提供长达1个月的健康监测,了解患者存在的问题,并及时解决问题,在出院后最关键的第一个月遏制并发症。另外,护理人员在患者出院后的一年内根据不同康复阶段提供持续性的健康教育,能使患者得到专业的疾病管理,从而降低复发率。本研究结果显示,干预后观察组患者的健康知识水平和自护能力较对照组提高(*P*<0.05)。在对照组常规院外护理中,护理人员仅在患者出院时进行了简单的健康宣教,并于每月进行电话随访,健康教育的时间及深度不够,患者相关认知和自护能力无法得到有效提高。观察组患者出院指导内容更加深入和具有针对性,出院后在高频率随访基础上还分阶段提供多种形式的健康教育,患者知识掌握更扎实,护理能力提升更快。此外,据调查,临床60%~90%的癌症患者具有严重负担感。负担感不仅来源于经济层面,更多来源于对家属照顾的依赖和面对疾病的负性情绪^[14,15]。本研究结果发现,干预后观察组自我感受负担减轻(*P*<0.05)。分析认为,护理人员在患者出院一年内持续为患者提供与疾病和护理相关的健康教育,能提升患者的自护能力,从而使患者降低对家属的依赖,且在精心护理下,患者病情逐渐好转也能减轻患者的生理负担,同时病友同伴的互相鼓励和支持也能减轻患者的心理负担。本研究生

(下转第218页)