

基于微信平台的延续性护理干预在尿路造口患者中的应用

郝海燕, 王子恒, 朱蕙霞, 严海鸥

【摘要】 目的 探讨以微信平台为基础的延续性护理对尿路造口患者的影响。方法 选取南通大学附属医院泌尿外科 2015 年 1 月至 2017 年 12 月就诊的行全膀胱切除+腹壁造口术后患者 80 例, 随机分为对照组和观察组各 40 例, 对照组采用传统造口护理方法, 观察组住院期间直至出院后运用微信平台实施规范性延续性护理教育, 比较 2 组患者的情绪、自护能力、生活质量及造口并发症。结果 观察组患者出院后 1、3、6 个月 SAS 评分(51.60±5.34、46.70±5.66、43.35±6.12)和 SDS 评分(52.78±5.52、47.38±5.82、42.48±6.35)明显低于对照组 SAS 评分(54.88±4.76、51.68±7.21、49.53±5.79)、SDS 评分(55.36±4.82、51.82±6.58、48.82±4.56), 差异有统计学意义($P<0.05$); 观察组的 3 个月后生活质量水平高于对照组($P<0.05$); 观察组出院后 1、3、6 个月造口并发症发生率低于对照组($P<0.05$)。结论 基于微信平台的延续性护理干预能够提高患者自护能力和生活质量, 降低造口并发症发生率, 值得临床推广。

【关键词】 微信平台; 延续性护理; 尿路造口

【中图分类号】 R473.6 **【文献标志码】** B **【文章编号】** 1672-271X(2018)03-0299-05

【DOI】 10.3969/j.issn.1672-271X.2018.03.019

0 引言

膀胱癌是泌尿系统中最常见的恶性肿瘤, 具有空间上多中心性和时间上反复发作的特点, 并且具有局部浸润转移、术后复发率高的生物学特点^[1-2]。采用根治性膀胱全切除术能有效地降低膀胱癌患者的复发率, 提高其远期的生存率, 是治疗浸润性膀胱癌的金标准。由于术后患者永久性尿流改道, 需终生佩戴集尿袋, 腹壁造口的存在造成了身体形象的改变, 导致患者精神、心理状况和社会功能发生一系列改变, 严重地影响了患者的生活质量^[3-4]。常规护理为患者出院后, 电话随访, 必要时通知其来院复诊。但由于术后患者缺乏专业人员指导, 患者术后造口并发症频发, 生活质量下降。延续性护理是一种新型的护理模式, 是医护人员为患者提供的由住院到家庭和社区的护理, 为出院后的患者提供相应的服务^[5]。基于微信平台的延续性护理不

仅具有语音短信等功能, 而且还能以图片、视频等方式向相关人群讲解疾病相关知识, 是开展住院患者延续护理的一种新型有效的方式。近年来, 利用微信的延续性护理已被广泛应用于直肠癌根治术、强直性脊柱炎、风湿免疫疾病等患者中, 并取得了良好的成效^[6-8]。我院于 2015 年 1 月采用建立微信公众平台和微信群的方式为出院的膀胱癌患者提供延续性的院外康复护理, 截止目前已取得良好的效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 1 月至 2017 年 12 月在我院就诊的行全膀胱切除+腹壁造口术后患者 80 例, 将患者随机分为对照组和观察组各 40 例, 2 组患者一般资料差异无统计学意义($P>0.05$), 见表 1。

纳入标准: ①经活组织病理检查诊断为膀胱肿瘤; ②在泌尿外科行膀胱全切+腹壁尿路造口术的患者; ③使用智能手机, 能操作微信进行交流; 或陪护家属能操作微信进行交流; ④年满 18 周岁; 文化程度小学及以上; ⑤无精神疾患, 理解、认知能力正常; ⑥自愿参加本研究并签署知情同意书。排除标准: ①合并其他恶性肿瘤患者; ②合并心、肺、脑、肾等严重并发症, 患者不能配合完成调查者。

基金项目: 南通市 2016 年度关键技术研究项目 (MS22016013)

作者单位: 226001 南通, 南通大学附属医院泌尿外科 (郝海燕), 门诊部 (严海鸥); 226001 南通, 南通大学医学院 (王子恒、朱蕙霞)

通信作者: 严海鸥, E-mail: yho0704@163.com

表 1 80 例尿路造口患者一般人口学和疾病相关资料 [n(%)]

项目	观察组 (n=40)	对照组 (n=40)	P 值
年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	63.45±6.52	62.35±5.65	0.2112
性别			0.8217
男	23(57.50)	22(55.00)	
女	17(42.50)	18(45.00)	
文化程度			0.6640
小学以下	13(32.50)	9(22.50)	
初中	11(27.50)	15(37.50)	
高中	13(32.50)	14(35.00)	
大专及以上	3(7.50)	2(5.00)	
婚姻状况			0.4734
已婚	27(67.50)	22(55.00)	
单身/离异/丧偶	13(32.50)	18(45.00)	
平均月收入			0.5338
<1000 元	7(17.50)	5(12.50)	
1000~3000 元	16(40.00)	12(30.00)	
3000~5000 元	11(27.50)	17(42.50)	
>5000 元	6(15.00)	6(15.00)	
病程			0.1035
<1 年	18(45.00)	11(27.50)	
1~3 年	22(55.00)	29(72.50)	
病理分型			0.6147
移行细胞癌	28(70.00)	31(77.50)	
鳞状细胞癌	7(17.50)	5(12.50)	
腺细胞癌	5(12.50)	4(10.00)	
TNM 分期			0.4957
T3N1M0	15(37.50)	18(45.00)	
T2N0M0	25(62.50)	22(55.00)	

1.2 方法

1.2.1 对照组 在患者出院前,由责任护士对个人资料进行详细填写。在院期间,医务人员即对患者及其家属进行术后护理培训,包括心理疏导、造口更换流程、饮食指导、生活护理等。出院当天,由责任护士对患者再次进行强化出院指导。

1.2.2 观察组 观察组住院期间直至出院后由研究者运用微信平台实施规范性疾病健康教育项目。
①住院第 1 天:指导患者或家属加入微信群。
②术前一天:指导患者及家属如何接收公共平台中的术前术后健康教育,术前皮肤清洁和造口定位的意义、术后尿路造口如何护理并指导患者练习。此外还包括用微信平台对患者进行心理疏导、造口更换流程、饮食指导、生活护理等。
③患者出院当天:评估患者的心理情况、自我护理能力,并指导患者和

家属尿路造口的护理要点、带管出院的注意事项、出院后如何定期上传造口图片进行沟通、学习。
④患者出院后:2~3 个月内每周对患者微信随访 1 次;4~6 个月后每 2 周随访 1 次。将本次随访时间及下次随访时间、随访内容详细记录在每位患者延续随访护理手册中。定期门诊随访、家庭访视、组织造口患者病友会,分享交流心得,相互鼓励,共同解决遇到的问题。选择患者出院后 1、3、6 个月通过微信咨询帮助填写问卷调查表,收回后进行统计。微信随访要求:护理人员要站在患者的立场上,与患者达到感情上的共鸣,以获取患者的信任,建立良好的沟通关系。要求患者或陪护人员拍摄更换造口袋视频上传,及时给予类似现场指导,以引导陪护人员正确的照顾患者,做到良好的家庭护理。
⑤学习微信平台的护理知识的普及以及推送,方便患者及家属在忘记或有疑问时能够随时翻阅学习。

本微信平台有专业微信运营公司负责管理运营,主要负责的有:
①每周上传腹壁造口学习资料、视频,为患者提供长期自我管理支持平台。
②将后台访问数据分类整理,汇集为可视化大数据反馈给临床,以更好地调整并指导尿路造口患者的延续性护理。
③负责入群后设置:备注及标签为真实姓名、疾病分期、教育程度、联系电话地址。患者对微信的赋能干预的常见顾虑以及家属在治疗中的作用,以供临床工作者详细评估患者心理、自我护理能力。

1.2.3 观察指标 ①泌尿外科常见肿瘤患者的心理评价:SDS 抑郁、SAS 焦虑自评量表。由华裔教授 Zung 于 1965 年编制,SDS 标准分界值为 50 分,50~60 分为轻度抑郁,60~70 分为中度抑郁,>70 分为重度抑郁。SAS 标准分界值为 50 分,50~59 分为轻度焦虑,60~69 分为中度焦虑,>70 分为重度焦虑。
②自我护理能力测定量表(ESCA):包括 4 个维度,即自我护理技能、自护责任感、自我概念和健康知识水平,形成了含 43 个条目的生命质量测评量表,该量表采用 5 分制评分,总分越高,自我护理能力越强。
③癌症患者的生活质量评估:采用癌症患者的生命质量问卷(EORTCQLQ-C30)评价患者的生活质量,其内容包括躯体功能、角色功能、社会功能、情感功能及认知功能等,各项内容以 0~100 分的标准分进行计分,得分越高表明生活质量越高。
④术后患者并发症发生率:造口并发症包括造口狭窄、造口回缩、造口脱离以及造口周围皮肤炎(过敏性

皮炎、刺激性皮炎)等。

1.3 统计学分析 运用 SPSS19.0 软件进行数据统计分析,计量资料用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,自身比较采用配对 t 检验,不同组对照采用成组 t 检验,计数资料以率(%)表示,比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 心理状态评分结果 观察组患者出院后 1、3、6 个月 SAS 评分和 SDS 评分明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

2.2 ESCA 评分结果 观察组出院后 1 个月 ESCA

评分中自我护理能力、自我护理技能、自护责任感、自我概念、健康知识水平与对照组比较差异无统计学意义($P > 0.05$);观察组出院后 3、6 个月 ESCA 各项评分均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

2.3 生活质量评分结果 观察组出院后 1 个月生活质量评分中角色功能和认知功能与对照组比较差异无统计学意义($P > 0.05$),整体生活质量、躯体功能、社会功能、情感功能等评分均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组出院后 3、6 个月生活质量的各项评分均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 4。

表 2 2 组患者出院前后 SAS、SDS 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

项目	组别	<i>n</i>	出院时	出院 1 个月	出院 3 个月	出院 6 个月
SAS 评分	对照组	40	63.45±6.52	54.88±4.76	51.68±7.21	49.53±5.79
	观察组	40	65.73±6.13	51.60±5.34*	46.70±5.66*	43.35±6.12*
SDS 评分	对照组	40	67.55±6.36	55.35±4.82	51.83±6.58	48.83±4.56
	观察组	40	66.33±5.64	52.78±5.52*	47.38±5.82*	42.48±6.35*

与对照组比较, * $P < 0.05$

表 3 2 组患者出院前后 ESCA 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

项目	组别	<i>n</i>	出院时	出院 1 个月	出院 3 个月	出院 6 个月
自我护理能力	对照组	40	75.53±12.46	82.58±11.62	96.33±15.84	104.38±15.67
	观察组	40	74.23±10.73	88.43±13.57	109.85±14.52*	116.68±15.89*
自我护理技能	对照组	40	19.63±4.72	20.35±5.63	25.35±7.28	26.78±7.68
	观察组	40	18.70±5.37	21.43±5.38	32.35±6.79*	35.43±7.32*
自护责任感	对照组	40	31.13±5.49	32.65±5.78	35.13±6.39	23.35±7.53
	观察组	40	30.40±4.69	33.23±5.62	38.75±6.16*	45.03±6.36*
自我概念	对照组	40	15.83±6.92	16.63±5.58	22.78±7.64	23.83±7.59
	观察组	40	15.35±5.28	18.75±6.31	26.33±6.74*	28.65±7.38*
健康知识水平	对照组	40	16.73±6.72	20.48±5.45	21.65±6.43	22.45±6.68
	观察组	40	15.33±5.28	21.63±6.58	24.35±6.62*	25.58±7.32*

与对照组比较, * $P < 0.05$

表 4 2 组患者出院前后生活质量评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

项目	组别	<i>n</i>	出院时	出院 1 个月	出院 3 个月	出院 6 个月
整体生活质量	对照组	40	63.63±5.37	68.83±6.32	71.65±6.76	72.45±7.23
	观察组	40	64.55±4.68	72.43±6.38*	76.35±7.82*	82.65±7.82*
躯体技能	对照组	40	61.35±3.57	64.25±4.87	72.58±5.24	75.43±6.43
	观察组	40	62.45±3.89	68.55±4.23*	79.45±4.65*	83.55±6.25*
角色功能	对照组	40	53.53±5.98	55.98±5.89	59.68±6.68	63.68±7.33
	观察组	40	54.65±5.76	57.53±6.23	65.75±7.43*	69.43±7.96*
认知功能	对照组	40	69.63±6.43	73.65±6.57	78.45±7.56	81.45±7.69
	观察组	40	68.53±5.49	75.88±6.40	86.43±8.34*	88.20±8.32*
情感功能	对照组	40	67.88±6.32	71.73±6.73	74.33±7.88	76.35±7.72
	观察组	40	68.35±5.86	75.45±6.32*	79.23±7.48*	82.58±8.35*
社会功能	对照组	40	58.98±6.25	62.50±5.48	64.63±6.47	65.33±6.79
	观察组	40	59.45±5.53	65.73±6.34*	68.40±6.39*	70.55±7.24*

与对照组比较, * $P < 0.05$

2.4 造口并发症发生率结果 观察组出院时造口并发症发生率与对照组比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 观察组出院后 1、3、6 个月造口并发症发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 5。

表 5 2 组患者出院前后造口并发症发生率比较率 [$n(\%)$]

组别	<i>n</i>	出院时	出院 1 个月	出院 3 个月	出院 6 个月
观察组	40	25(62.5)	10(25.0)	4(10.0)	1(2.5)
对照组	40	27(67.5)	21(52.5)	16(40.0)	11(27.5)
χ^2 值		0.220	6.372	9.600	9.531
<i>P</i> 值		0.639	0.012	0.002	0.002

3 讨 论

3.1 基于微信开展延续性造口护理的必要性 患癌是一种强烈的负性生活事件, 其康复护理需要一个长期的过程, 而癌症患者往往在尚未完全康复的情况下就提前出院已成为一种趋势, 延续性护理的重要性便体现在此。延续性护理是基于人文关怀理论之上, 为满足患者出院后的持续性护理需求, 将临床护理工作从医院延伸到社区和家庭, 专业护理人员出院后继续提供护理服务, 重点强化患者的自我护理意识, 提升自我护理能力, 从而提高患者的生存能力和生活质量^[9]。腹壁造口是部分癌症手术化治疗后常用的辅助康复手段, 也是延续性护理中需重点防护的一环。但是, 短期内大多数患者并不能完全掌握造口护理的相关知识及技术^[10], 且会部分遗忘院内学习的护理知识技巧, 从而造成了自身护理的材料浪费、感染率高、甚至支架管滑脱或回缩所致的二次手术的风险。出院后, 患者也均感觉造口自我护理知识缺乏、能力不足, 心理负担加重^[11]。

3.2 基于微信开展延续性造口护理的便利性 传统的电话、入户随访护理任务重, 信息沟通不便, 花费较大。造口并发症的诊治和护理有其特殊性, 积极探索利用现代信息技术为造口并发症患者提供经济、便捷的就诊和咨询渠道具有重要意义^[12]。微信平台将是延续性护理的新起点、新模式^[11], 可实现在延续性护理中足不出户有效指导患者及家属造口护理技巧, 其便利性集中体现在几个方面: ①降低成本。微信本身具有移动互联、实时在线等特点, 微信群相当于创建了一个“虚拟病房”^[13], 减

少了患者返院检查次数, 微信可使患者或家属通过手机随时查阅资料、反复学习, 提高了患者满意度、也节约了随访时间、人力、物力, 改善了护患关系^[14-15]。②打破时空局限性。利用微信开展延续性护理突破了医院护理的局限性, 将护理的内容和康复手段延伸到家庭, 提供一个新型的从医院到家庭的延续性护理模式。③改善情绪。采用微信方式推送图片、语音或视频等可使患者长期持续性自学护理知识, 提高自我决策能力, 并使患者的负性情绪得到改善, 增加了患者治愈疾病的信心。④增强信心。通过微信朋友圈中其他患者的相互勉励和情感支持, 使患者逐步以良好的生活心态面对生活。⑤角色转变。通过微信平台的在线咨询和互动功能拉近了医患之间的关系, 护理人员在其中充当即时在线咨询和远程指导者的角色, 患者及其家属为实际操作者, 双方共同合作促进疾病的转归。

3.3 基于微信开展延续性造口护理的优越性 本研究依托微信平台, 由医护人员组成微信延续性护理小组, 给全膀胱切除+腹壁造口患者术后提供延续性的院外康复护理, 并与传统的护理模式进行对比, 完成其效果评价。

结果显示, 护理人员通过微信对出院但未愈的患者实施健康教育、饮食计划、卫生维护、心理辅导、并发症护理等延续性护理干预措施后, 有效减轻了患者的心理顾虑, 增强了其参与社会活动及生活的信心; 且基于微信的延续性护理能有效提高患者自我护理能力、自我护理技能、自护责任感、自我概念、健康知识水平, 从而提高患者整体生活质量; 此外, 本研究结果显示, 通过微信推送的相关知识, 患者有效掌握了避免造口感染的方法, 从而减少了造口并发症的发生; 同时, 微信使用从院内到院外的延续, 帮助患者及其家属的自我赋能, 对造口发展的每个阶段做好心理上的必要准备, 微信的使用有助于患者反复多次进行阅读学习, 从而强化对知识的掌握和应用。对护理人员而言, 基于微信的延续性护理有助于护理各个环节的改善, 可减少护理人员无效和重复的劳动, 提高工作效率。如, 护理人员可通过微信平台直接获取患者的造口照片, 直观地了解患者造口的情况, 针对性地进行个性化指导和健康教育, 并能监督患者健康锻炼。

3.4 基于微信开展延续性造口护理的局限性 尽管如今国内延续性护理这种管理模式已成为热潮,

但与西方国家相比仍存在明显差距。一方面我国起步较晚,政府资金支持尚未到位,另一方面,在团队配备上缺乏高精尖人才。如美国国家老龄化研究院的资助下成立的 GRACE 跨学科团队中就包括老年医学专家、药剂师、物理治疗师、心理健康社会工作者和以社区为基础的服务联系者,专为低收入老年人以及初级卫生保健工作者制定个性化的医疗护理计划^[16]。通过随机对照试验证明,GRACE 模式能够减少高危老年人急诊访问次数、住院次数、再入院次数,并可减少其总的医疗费用,提高其生活质量^[17-19]。但是,抚养关系在西方家庭中呈单向传递模式^[20],即子女不负责赡养老人,老人大多独居或享受政府津贴,这种情况下开展的延续性护理缺乏家庭温暖,而国内老人则可依靠同居子女操作微信来获得家庭式照顾,幸福指数较高,有利于患者身心健康的恢复。

此外,还有研究指出应鼓励肿瘤患者术后积极参与和管理自身疾病的活动^[21]。Plowright^[22]研究也表明运用多媒体互联网平台对患者进行健康教育其效果明显改善,为我们由传统护患模式向现代化的赋能延续护理模式转变提供了新的可能。但是,从护理效能评价结果来看,基于微信平台的这种方法较传统延续性护理对网络覆盖面积和患者对电子产品的操作能力有一定要求,由于操作因素,偶尔会出现掉线、意外关闭等问题。除此之外,造口护理还需要一些特殊敷料,当患者储存敷料用完又无法通过网络远程购买时,还需患者家属到医院购买。未来可考虑用电子商务形式或医院指定邮寄服务来解决这一问题^[12]。

本研究由于人力时间有限,只针对了南通附院一家医院的腹壁造口患者进行了相关干预,在今后的研究中可以扩大样本量,开展多中心研究,将干预时间延长,不仅探讨此种模式的短期效应,更要发掘其长期应用价值。

综上所述,通过基于微信的延续性护理模式鼓励患者术后积极参与和管理自身疾病,不仅激发了患者自身的主观能动性,同时也强化了医患之间的交流,提升了患者对医嘱的理解力和执行效果,从而弥补了传统延续性护理中,护理人员难以实时掌控患者回归家庭和社会后的健康需求、心理及病况的发展变化的劣势,为膀胱肿瘤患者术后进行延续性护理提供新的模式,具有推广应用价值。

[参考文献]

- [1] 平秦榕.lncRNA 调控膀胱癌干细胞上皮-间质转化机制的研究进展[J].医学研究生学报,2017,30(2):220-224.
- [2] 杨德林,霍倩,王乙水,等.基质细胞衍生因子-1 及其受体 CXCR4 对膀胱癌细胞侵袭能力及腔内种植的影响[J].医学研究生学报,2014,27(10):1028-1032.
- [3] 杨慧茹,毕玉美,张景兰,等.膀胱癌造口患者生存质量及其影响因素的研究[J].护理研究,2007,21(19):1722-1725.
- [4] Wright JL, Porter M. Quality-of-life assessment inpatients with bladder cancer[J].Urology,2007,4(3):147-154.
- [5] 王颖,孙富丽,孙媛,等.延续性护理在脊柱骨折合并截瘫患者出院后压疮预防中的应用[J].东南国防医药,2015,17(20):198-199.
- [6] 宋宏.微信平台在直肠癌根治术患者延续护理中的应用[J].护理学杂志,2015,30(22):86-88.
- [7] 赵翠芬,晁少荣,董春燕,等.微信平台用于强直性脊柱炎早期患者功能锻炼指导[J].护理学杂志,2016,31(13):89-91.
- [8] 徐璐,胡竹芳.基于微信平台为风湿免疫疾病出院患者提供延续护理[J].护理学报,2014,21(18):70-71.
- [9] 翟春华,翟海红,周花仙.尿流改道腹壁造口术后患者延续护理的研究现状[J].护理研究,2017,31(26):3221-3224.
- [10] 杨柳青.延续护理服务对造口患者出院后自我护理能力及其生活质量的影响[J].临床护理杂志,2015,14(5):23-26.
- [11] 陆筱钗,乔够梅,张晓丽.尿道造口患者自我感受负担的质性研究[J].护理学杂志,2015,30(20):99-101.
- [12] 徐秀莲,栾晓嵘,苏静,等.基于移动终端的远程造口护理系统的研究[J].中华护理杂志,2014,49(10):1184-1187.
- [13] 李若铭,曾奕芝.微信群在中青年冠状动脉介入术患者出院后戒烟干预中的应用[J].中国临床护理,2014,6(5):389-391.
- [14] 李雨昕,杨茜,李娜,等.微信在中青年慢性肾病患者延续性护理中的应用研究[J].泸州医学院学报,2016,39(2):166-169.
- [15] 刘冬梅,杨芳,向庆丽,等.微信对糖尿病患者进行延续性护理管理的效果评价[J].中国卫生产业,2016,13(6):58-60.
- [16] 董玉静,尚少梅,么莉,等.国外延续性护理模式研究进展[J].中国护理管理,2012,12(9):20-23.
- [17] Bielaszka-Duverney C. The GRACE model in-home assessments lead to better care for dual eligibles[J].Health Affairs,2011,30(3):431-434.
- [18] Counsell SR, Callahan CM, Tu W, et al. Cost analysis of the geriatric resources for assessment and care of elders care management intervention[J].J Am Geriatr Soc,2009,(57):1420-1426.
- [19] Counsell SR, Callahan MC, Clark DO, et al. Geriatric care management for low-income seniors: A Randomized Controlled Trial. [J].JAMA,2007,298(22):2623-2633.
- [20] 朱瑞芳,曹妍,李思思,等.大数据视角下老年人延续性人文护理的研究进展.[J].全科护理,2017,15(27):3353-3360.
- [21] McCorkle RE, Ercolano E, Lazenby M, et al. Selfmanagement: enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness[J].CA Cancer J Clin,2011,61(1):50-62.
- [22] Plowright C. Safe care of patients with tracheostomies [J].Nurse Times,2014,110(31):12-14.

(收稿日期:2017-12-28; 修回日期:2018-03-04)

(责任编辑:刘玉巧)