

基于 Heider 平衡理论的延续性护理干预对结直肠癌术后肠造口患者生活质量的影响

周维云^{1,2,3}, 向霞³, 刘浩², 甄莉², 张广清², 邓建中³, 吴贞华³, 李国新^{2*}

1.南方医科大学护理学院, 广东 广州 510515

2.南方医科大学南方医院 普外科, 广东 广州 510515

3.佛山市第一人民医院 普外科, 广东 佛山 528000

【摘要】 目的 探讨基于 Heider 平衡理论的延续性护理干预对结直肠癌术后肠造口患者生活质量的影响。**方法** 选取 2023 年 1 月至 2024 年 1 月佛山市第一人民医院收治的符合纳入标准的 102 例结直肠癌术后肠造口患者作为研究对象, 将患者按干预方式的不同分为接受基于 Heider 平衡理论的延续性护理干预的试验组和接受常规护理管理的对照组, 每组各 51 例患者。收集患者的生理和心理状态数据, 比较两组患者在自护能力、负性情绪、社会适应及生活质量等方面的差异。**结果** 试验组患者的自我护理能力评估表项目包括自我护理概念评分、自我护理技能评分、健康知识水平评分[(28.89±5.17)分、(40.56±7.56)分、56.14±8.61分]均高于对照组患者[(20.49±3.11)分、(33.45±5.28)分、48.08±6.56分]($P<0.05$)。试验组患者的汉密尔顿焦虑和抑郁量表评分[(11.15±2.65)分、(13.54±2.98分)]均低于对照组患者[(17.19±3.89)分、(18.65±4.16)分]($P<0.05$)。试验组患者的造口者适应量表项目包括社会心理适应评分和社会生活适应评分[(62.56±6.09)分、(29.77±3.18)分]均高于对照组患者[(45.17±5.14)分、(20.11±3.98)分]($P<0.05$)。试验组患者的欧洲癌症研究与治疗组织生活质量问卷的量表总分低于对照组患者[(70.65±14.17)分比(91.47±10.23)分, $P<0.05$]。**结论** 基于 Heider 平衡理论的延续性护理干预在改善结直肠癌术后肠造口患者生活质量方面发挥了积极作用, 能够有效提高患者的自护能力, 改善患者的负性情绪, 帮助患者更快地适应社会。

【关键词】 Heider 平衡理论; 延续性护理; 结直肠癌; 肠造口; 生活质量

Effect of continuation care intervention based on Heider balance theory on quality of life of patients with postoperative enterostomy for colorectal cancer

Zhou Weiyun^{1,2,3}, Xiang Xia³, Liu Hao², Zhen Li², Zhang Guangqing², Deng Jianzhong³, Wu Zhenhua³, Li Guoxin^{2*}

1.Nursing College of Southern Medical University, Guangzhou 510515, Guangdong, China

2.General Surgery Department, Southern Hospital, Southern Medical University, Guangzhou 510515, Guangdong, China

3.General Surgery department, the First People's Hospital of Foshan, Foshan 528000, Guangdong, China

*Corresponding author: Li Guoxin, E-mail: 907218909@qq.com

【Abstract】 Objective To investigate the impact of continuous care intervention based on Heider balance theory on the quality of life of postoperative enterostomy patients with colorectal cancer. **Method** 102 patients with colorectal cancer who were admitted to the First People's Hospital of Foshan from January 2023 to January 2024 were selected, and the patients were divided into an experimental group of continuation care intervention based on Heider balance theory and a control group of conventional care management, with 51 patients in each group. Physical and psychological status data were collected to compare the differences in autonomy, negative emotions, social adaptation and quality of life between the two groups. **Result** The

* 通信作者: 李国新, E-mail: 907218909@qq.com

exercise of self-care agency scale of the experimental group showed higher scores in various items, including self-care concept score, self-care skills score, and health knowledge level score [(28.89±5.17) points, (40.56±7.56) points, (56.14±8.61) points], while compared to the control group [(20.49±3.11) points, (33.45±5.28) points, (48.08±6.56) points] ($P<0.05$). Scores of the Hamilton anxiety and depression scale of the experimental group [(11.15±2.65) points, (13.54±2.98) points] were lower than those of the control group [(17.19±3.89) points, (18.65±4.16) points] ($P<0.05$). The scores of ostomy adjustment inventory-20 including social psychological adaptation and social life adaptation scores [(62.56±6.09) points, (29.77±3.18) points] of the experimental group were higher than those of the control group [(45.17±5.14) points, (20.11±3.98) points] ($P<0.05$). The total score of European Organization for Research and Treatment of Cancer quality of life questionnaire-C30 for patients in the experimental group was lower than that in the control group [(70.65±14.17) points vs. (91.47±10.23) points, $P<0.05$]. **Conclusion** The continuous care intervention based on Heider balance theory plays a positive role in improving the quality of life of postoperative enterostomy patients with colorectal cancer, which can effectively improve the self-care ability, improve the negative mood of patients, and help patients to adapt to the society faster.

【Key words】 Heider balance theory; Continuous care; Colorectal cancer; Enterostomy; Quality of life

结直肠癌(colorectal cancer, CRC)是人类最常见的癌症之一,其发病率在所有癌症中已跃升至第3位。全球范围内,2020年CRC的新增病例数为190万,占有所有癌症的10%,CRC相关死亡病例达90万,是癌症相关死亡的第二常见原因^[1-2]。近年来CRC的手术治疗取得了显著的进展,然而,手术治疗虽然可以提高患者的生存率,但也会对患者术后的生活质量和心理健康带来一定的影响,特别是CRC术后肠造口患者,会面临许多挑战,不仅包括身体层面的康复,更涉及到社会、心理层面的全面恢复^[3-4]。肠造口会给患者带来一些生活上的挑战,包括适应新的排便方式、造口袋的维护和心理层面的调适等^[5-6]。因此,对于接受肠造口术的患者,综合性的护理管理和心理支持尤为重要。

Heider在1946年首次提出了Heider平衡理论,又被称为“P-O-X”模型。P(Person)代表认知主体,O(Other)代表另一个人,X(Thing)代表某件事,是指通过调节体系中认知主体的态度维持体系的平衡状态,该理论目前已被广泛应用于患者行为、态度的转变,尤其针对患者依从性不高等情况,在某些疾病管理中已取得较好的应用效果^[7-8]。CRC术后肠造口患者的康复过程充满复杂性,我们迫切需要更多关于其生活质量方面的研究,以有效指导临床实践,最终提升患者在术后的整体幸福感和康复水平^[9-10]。本研究旨在通过实施基于Heider平衡理论的延续性护理干预,深入了解其对CRC术后肠造口患者生活质量的影响,以期为

改善CRC术后肠造口患者的生活质量提供理论依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2023年1月至2024年1月佛山市第一人民医院收治的CRC术后肠造口患者作为研究对象,根据纳入与排除标准共有102例患者被纳入本次研究。将患者按干预方式的不同分为接受基于Heider平衡理论的延续性护理干预的试验组和接受常规护理管理的对照组,每组各51例。两组患者的性别、年龄、体重指数、造口类型和住院次数等一般资料见表1,其差异无统计学意义($P>0.05$)。所有患者均已知情本次研究,自愿签署同意书,并通过佛山市第一人民医院伦理委员会批准[批准文号:伦审研(2023)第172号]。

表1 接受基于Heider平衡理论的延续性护理干预的试验组和接受常规护理管理的对照组患者的一般资料对比

项目	试验组 (n=51)	对照组 (n=51)	χ^2/t 值	P值
性别[例(%)]			0.041	0.840
男	30(58.82)	31(60.78)		
女	21(41.18)	20(39.22)		
年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	62.15±6.11	62.19±6.37	0.429	0.694
体重指数($\bar{x}\pm s$,kg/m ²)	23.30±3.00	22.20±2.60	-1.677	0.096
造口类型[例(%)]			0.358	0.550
临时性	30(58.82)	27(52.94)		
永久性	21(41.18)	24(47.06)		
住院次数($\bar{x}\pm s$,次)	2.89±0.88	2.83±0.88	-0.414	0.687

1.2 纳入标准

①经病理检查确诊的CRC行永久或临时性肠造口术患者;②意识清楚,具有正常沟通能力和自理能力;③患者完成造口术后时间已经达到1个月以上;④对本研究知情同意,自愿参与此次研究,年龄不低于18岁。

1.3 排除标准

①合并严重心脑血管疾病、造血系统疾病、肝肾功能障碍或其他严重内分泌系统疾病者;②合并肿瘤远处转移和淋巴结转移患者;③预期生存时间<1年者;④患有精神类疾病或服用精神类药物,有言语及听力障碍、智力与情感障碍者;⑤孤寡老人,生活无法自理者。

1.4 研究方法

试验组在常规护理管理基础上接受了基于Heider平衡理论的延续性护理干预,参考既往研究,具体实施如下。根据Heider平衡理论,医护人员应深入了解患者的需求和实际情况,通过正确处理延续性护理的内容和方式(X),调整医护人员(P)与患者(O)之间的关系,以确保延续性护理管理的顺利实施^[11]。①首先成立了延续护理管理小组,组成人员包括主管患者的主治医师、造口护士、营养师、药剂师、心理医生等专业团队成员,这个小组共同制定了患者出院后的延续性护理管理健康教育规划。②为确保患者的定期复诊,规定患者术后6个月内每月1次到医院复诊,在复诊过程中,患者由住院期间的责任护士和主治医师进行接诊,重点关注患者的饮食、活动、作息规律以及并发症等,帮助患者更好地适应造口后的生活。③每月至少进行2次电话随访,着重了解并指导患者在饮食、腹部舒适度和排便等方面的情况,引导患者进行自我观察,及时解决问题。同时,根据患者的病情、个体差异以及相关检验指标的变化,提供个性化的饮食营养计划,鼓励食用容易吸收、富含蛋白质和热量的食物,强调多餐少食、摄入新鲜蔬菜和水果,保持日常营养均衡,戒烟戒酒,并禁忌刺激性食物。④为了保持医患联系的畅通,利用现代通信手段建立微信群,鼓励患者养成主动与主管医生和责任护士沟通解决问题的习惯,定期进行电话随访,追踪患者的病情恢复情况,解答和指导康复中的问题和处置措施,评估患者的心理状态(两周1次)并进行疏导。⑤在用药方面提供指导,协助患者培养有效的自我管理和自我监

督能力,指导患者服药时间、方法和剂量等。⑥定期组织联谊会,分享患者成功的自我护理经验和心得,提供新方法和新产品的介绍,帮助患者更好地融入社会,增强患者战胜疾病的信心。⑦造口护士对自己负责的患者进行随访记录,内容包括患者自我护理过程中遇到的问题、对造口相关知识的掌握情况、患者心理状态、自我管理能力以及相关并发症的发生情况等。⑧延续性护理管理小组每周召开随访记录总结会,将集中出现的问题进行总结,并于微信群内及时发布正确的指导信息或提供相关参考资料。

对照组则接受了常规护理管理,包括发放健康手册,进行常规健康教育、造口护理培训、适当心理疏导等。患者及其家属被告知日常注意事项,接受日常的电话随访,了解患者病情的改善情况,并给予相关指导。

1.5 观察指标及评价工具

1.5.1 自护能力

通过自我护理能力评估表(exercise of self-care agency scale, ESCA),在实施干预后4周测评患者自我护理概念(第1~9条目)、自我护理责任感(第10~14条目)、自我护理技能(第15~26条目)及健康知识水平(第27~43条目)等4个维度的能力^[12]。每个条目0~4分,较高的分数表示个体在自我护理方面的能力较强。

1.5.2 负性情绪

使用汉密尔顿焦虑量表(Hamilton anxiety scale, HAMA)和抑郁量表(Hamilton depression scale, HAMD)评估患者的焦虑和抑郁情绪^[13]。HAMA(14个项目)和HAMD(24个项目)均采用0~4分的5级评分法,0分为正常,4分为严重。HAMA分值范围0~56分,HAMD分值范围0~96分。分别在两组患者实施干预前和干预后4周进行测定,较高的分数表示焦虑和抑郁情绪较为严重。

1.5.3 社会适应

采用中文版造口者适应量表(ostomy adjustment inventory-20, OAI-20)在实施干预后4周评价患者的社会心理适应水平和社会生活适应水平,共20个条目,每个条目均采用5级计分法(0~4分),总分80分,较高的分数表示患者在社会适应方面表现较好^[14]。

1.5.4 生活质量

采用欧洲癌症研究与治疗组织生活质量问卷

(European Organization for Research and Treatment of Cancer quality of life questionnaire -C30, EORTC QLQ-C30)在实施干预后4周对患者进行调查,量表共43条问题,其中,除生活质量和健康状况的整体自我评分采用1~7分标准外(此2条目分数单独计算,分数越高表示整体生活质量和健康状况越好),其他41条目均采用1~4级评分,计算其总分,分数越高表示生活质量越差^[15]。

1.6 统计学方法

采用 GraphPad Prism 8.0 和 SPSS 22.0 进行数据整理和统计分析。符合正态分布的计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用两独立样本 t 检验。计数资料采用频数或率或构成比(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 自护能力

试验组患者的 ESCA 项目评分包括自我护理概念评分、自我护理技能评分、健康知识水平评分均高于对照组患者($P < 0.05$)。两组患者自我护理责任感评分差异无统计学意义(表 2)。

表 2 接受基于 Heider 平衡理论的延续性护理干预的试验组和接受常规护理管理的对照组患者自我护理能力评估量表各项目评分对比($\bar{x} \pm s$,分)

项目	试验组 (n=51)	对照组 (n=51)	t 值	P 值
自我护理责任感评分	20.45±2.99	21.58±3.58	1.730	0.087
自我护理概念评分	28.89±5.17	20.49±3.11	-9.943	<0.001
自我护理技能评分	40.56±7.50	33.45±5.28	-5.536	<0.001
健康知识水平评分	56.14±8.61	48.08±6.56	-5.318	<0.001

2.2 负性情绪

实施护理干预前,两组患者的 HAMA、HAMD 评分差异无统计学意义($P > 0.05$)。实施护理干预后,试验组患者的 HAMA、HAMD 评分均低于对照组患者($P < 0.05$)(表 3)。

2.3 社会适应

试验组患者的 OAI-20 项目评分包括社会心理适应评分、社会生活适应评分均高于对照组患者($P < 0.05$)。见表 4。

2.4 生活质量

试验组患者的 EORTC QLQ-C30 量表总分低于对照组患者($P < 0.05$)。整体生活质量评分和整体健康状况评分两组差异无统计学意义($P > 0.05$)(表 5)。

表 3 接受基于 Heider 平衡理论的延续性护理干预的试验组和接受常规护理管理的对照组患者负性情绪评分对比($\bar{x} \pm s$,分)

项目	试验组 (n=51)	对照组 (n=51)	t 值	P 值
护理干预前				
HAMA 评分	24.36±2.55	23.95±2.68	-0.792	0.431
HAMD 评分	26.13±2.32	26.11±2.30	-0.044	0.965
护理干预后				
HAMA 评分	11.15±2.65	17.19±3.89	9.164	<0.001
HAMD 评分	13.54±2.98	18.65±4.16	7.131	<0.001

注:HAMA,汉密尔顿焦虑量表;HAMD,汉密尔顿抑郁量表。

表 4 接受基于 Heider 平衡理论的延续性护理干预的试验组和接受常规护理管理的对照组患者造口者适应量表各项目评分对比($\bar{x} \pm s$,分)

项目	试验组 (n=51)	对照组 (n=51)	t 值	P 值
社会心理适应评分	62.56±6.09	45.17±5.14	-15.580	<0.001
社会生活适应评分	29.77±3.18	20.11±3.98	-13.540	<0.001

表 5 接受基于 Heider 平衡理论的延续性护理干预的试验组和接受常规护理管理的对照组患者欧洲癌症研究与治疗组织生活质量问卷各项目评分对比($\bar{x} \pm s$,分)

项目	试验组 (n=51)	对照组 (n=51)	t 值	P 值
总分	70.65±14.17	91.47±10.23	8.507	<0.001
整体生活质量评分	5.52±1.37	5.40±1.44	-0.431	0.667
整体健康状况评分	3.31±1.51	3.47±1.24	0.585	0.560

3 讨论

CRC 患者术后对化疗的毒副作用比较敏感,生活质量极易受影响,同时,肠造口患者常承受身体形象受损和社会适应障碍的双重心理压力,也可能影响其预后^[16-17]。Alenezi 等^[18]研究发现肠造口术后 1 个月内,患者的生活质量评分最低,并伴有一系列不同程度的排便相关肠道功能异常等症状。一项针对 123 例老年肠造口患者的生活质量调查发现,与术后住院期的生活质量得分相比,化疗期和康复期的生活质量得分更低^[19]。另有研究发现,行肠造口术后 3 个月,患者的生活质量得分仍处于中低水平^[20]。因此,我们很有必要对 CRC 术后肠造口患者实施有效的护理干预方案,以改善患者的生活质量。

近年来,延续性护理管理在消化道肿瘤患者康复中的应用成为备受关注的领域^[21]。延续性护

理是指在患者出院后, 护理保健团队通过一系列的持续性、全面性的护理管理措施, 为患者提供定期的关怀和帮助。在本研究中, 根据“P-O-X”模型的理念, 我们建立了患者的个人档案, 将其纳入个案管理系统, 深入了解患者对延续性护理管理的需求, 在患者出院之前, 我们进行全面评估, 根据患者的特定病情、生活方式和需求, 为其设计规范而完整的个性化管理计划, 通过全程的质量控制确保延续管理更符合实际情况。同时, 在患者出院后, 我们也提供相应的随访管理, 以提高医患之间的沟通效率, 确保治疗的延续性。这种护理管理形式旨在帮助患者更好地适应疾病后的生活, 促进康复, 预防并发症的发生, 提高患者的生活质量。这些措施包括多个方面的服务, 如定期的电话随访、健康教育、心理支持、营养评估、药物管理、症状监测等, 医护人员会与患者建立持续的沟通渠道, 通过电话、互联网等方式保持联系, 及时获取患者的健康状况, 解答疑虑, 提供专业的指导和建议。

另外, 本研究通过对照分析, 深入探讨了基于 Heider 平衡理论的延续性护理干预对患者生活质量的影响。研究结果显示, 基于 Heider 平衡理论的延续性护理干预提供了更全面的健康教育和指导, 提高了患者的自我管理能力和信心, 从而在生活中更好地适应肠造口, 该延续性护理干预的实施在提高 CRC 术后肠造口患者生活质量方面发挥了积极作用。但本研究未考虑到影响患者生活质量的其他因素, 如社会支持、知识-态度-行为模式、压力感知能力等方面, 还有待后续研究进一步完善, 从而制定更加个性化的管理方案, 提高患者的整体康复水平。

综上所述, 基于 Heider 平衡理论的延续性护理干预在提高 CRC 术后肠造口患者生活质量方面发挥了积极作用, 能够有效提高患者的自护能力, 改善患者的负性情绪, 帮助患者更快地适应社会。

参考文献

- [1] SIEGEL RL, MILLER KD, FUCHS HE, et al. Cancer statistics, 2022 [J]. CA Cancer J Clin, 2022, 72(1): 7-33.
- [2] SIEGEL RL, MILLER KD, GODING SA, et al. Colorectal cancer statistics, 2020 [J]. CA Cancer J Clin, 2020, 70(3): 145-164.
- [3] PISANO M, ZORCOLO L, MERLI C, et al. 2017 WSES guidelines on colon and rectal cancer emergencies: obstruction and perforation [J]. World J Emerg Surg, 2018, 13:36.
- [4] BAER C, MENON R, BASTAWROUS S, et al. Emergency Presentations of Colorectal Cancer [J]. Surg Clin North Am, 2017, 97(3): 529-545.
- [5] VONK-KLAASSEN SM, DE VOCHT HM, DEN OUDEN ME, et al. Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review [J]. Qual Life Res, 2016, 25(1): 125-133.
- [6] YANG P, SHAN R, WEI Y, et al. Meta-Analysis on the Application Value of Collaborative Nursing in Postcolostomy Nursing of Patients with Colorectal Cancer [J]. Comput Math Methods Med, 2022, 2022:6940715.
- [7] 许梅芳, 郭倩文, 严月婷, 等. 以 Heider 平衡理论为基础的移动教育对意外妊娠人工流产手术患者的影响 [J]. 齐鲁护理杂志, 2022, 28(24): 145-147.
- [8] 谭杰娟. 基于 Heider 平衡理论的健康教育在结直肠癌患者围手术期管理中的应用 [J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2022, 43(20): 1989-1993.
- [9] DULUKLU B, ÇELIK S. Effects of lavender essential oil for colorectal cancer patients with permanent colostomy on elimination of odor, quality of life, and ostomy adjustment: A randomized controlled trial [J]. Eur J Oncol Nurs, 2019, 42:90-96.
- [10] KOC U, KARAMAN K, GOMCELI I, et al. A Retrospective Analysis of Factors Affecting Early Stoma Complications [J]. Ostomy Wound Manage, 2017, 63(1): 28-32.
- [11] 李春燕, 汪敏, 王霜. 基于“S-O-R”模式联合“Heider 平衡理论”的健康教育在妇科肿瘤患者术后延续护理中的应用 [J]. 齐鲁护理杂志, 2020, 26(24): 20-23.
- [12] 李芳, 谭晓华, 朱淑静. 循证护理对直肠癌造口术患者造口性皮炎及舒适度的影响 [J]. 国际护理学杂志, 2020, 39(5): 879-882.
- [13] 高倩, 朱慧, 王红梅. 全程细致化护理模式对小儿慢性哮喘急性发作行雾化吸入治疗患儿症状、氧合指数及哮喘控制水平的影响 [J]. 临床医学研究与实践, 2024, 9(2): 162-166.
- [14] 许勤, 程芳, 戴晓冬. 中文版造口者社会心理适应量表的修订及信效度评价 [J]. 江苏医药, 2010, 36(14): 1647-1649.
- [15] 黄子寅, 培尔顿·米吉提, 凯比努尔·艾尔肯. EORTC QLQ-C30 量表汇总评分在中国结直肠癌患者中的验

- 证[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2022, 29(16): 1171-1176.
- [16] HAHN C, JOO SH, CHAE JH, et al. Feasibility of Psychosocial Distress Screening and Management Program for Hospitalized Cancer Patients [J]. Psychiatry Investig, 2017, 14(6): 734-745.
- [17] 樊慧, 汪静容, 赵小菊, 等. 术后5年以上永久性肠造口患者生存体验的现象学研究 [J]. 现代临床护理, 2022, 21(12): 28-32.
- [18] ALENEZI A, MCGRATH I, KIMPTON A, et al. Quality of life among ostomy patients: A narrative literature review [J]. J Clin Nurs, 2021, 30(21-22): 3111-3123.
- [19] 秦芳, 王惠珍, 苏茜, 等. 老年永久性肠造口患者不同阶段的生活质量[J]. 中国老年学杂志, 2016, 36(23): 6010-6012.
- [20] 魏丽萍, 崔丽君, 李奉玲. 永久性肠造口患者生活质量现状及影响因素调查分析 [J]. 齐鲁护理杂志, 2018, 24(22): 68-70.
- [21] 丁杏, 陈霞, 李欢, 等. 延续性护理干预在消化道肿瘤患者术后康复恢复的应用价值分析[J/CD]. 消化肿瘤杂志(电子版), 2022, 14(2): 204-208.

收稿日期: 2024-04-06