

内酰胺类抗菌药物已不适用于支原体感染的治疗,主要是因为支原体缺乏细胞壁结构。本研究显示:不同类型支原体的药物敏感性不同, AZI、CLA、DOX、JOS、MIN、TET 对 Uu 的敏感率均高于 90%。而 Mh 感染和 Uu+Mh 混合感染类似,均只有 DOX、JOS、MIN 的敏感率较高超过 89%,其他抗菌素均表现为较高的耐药性,并且 Uu+Mh 混合感染的药物耐药性比单纯 Mh 感染的耐药性更强。Uu+Mh 混合感染的耐药性比较严重,可能是因为混合感染增强了对药物的耐受性,扩大了耐药范围^[8]。在支原体感染中耐药率较高的药物主要有 CPF、SPA、ERY。原因可能是跟近年来本地区喹诺酮类药物的滥用,使得支原体对喹诺酮类药物的耐药性大为增加。本研究结果显示支原体对喹诺酮类药物 CPF、LEV、OFL、SPA 的敏感度均低于 30%,耐药的比例明显较高。

综上所述,本区域支原体感染率较高并以单一 Uu 感染为主,女性支原体感染率高于男性。支原体对 DOX、JOS 和 MIN 的敏感性高,可作为本地区支原体感染治疗的首选药物。不同种类支原体应根据不同的感染类型和药敏试验结果选用抗菌素,以降低耐药株的扩散,提高治愈率。

参 考 文 献

- [1] 李百灵,王耀斐,王晓云,等.非淋菌性尿道炎 7 118 例沙眼衣原体与解脲脲原体药敏试验的结果分析[J].中国皮肤性病学杂志,2009,23(2):97-98.
- [2] 杨长顺,赵倩.726 例泌尿生殖道支原体感染及药敏结果分析[J].中南医学科学杂志,2015,43(2):192-194.
- [3] 王卓,王敏杰,杨丽红.3468 例支原体培养及耐药监测结果分析[J].中国微生态学杂志,2015,27(8):947-949.
- [4] 陈浩宇,郭海波,吴晓蔓,等.2744 例泌尿生殖道感染患者解脲支原体和人型支原体分布及耐药性分析[J].中华实用诊断与治疗杂志,2016,30(4):415-416.
- [5] 龚娅,段德令,何宗忠,等.19530 例泌尿生殖道感染患者支原体感染及药敏结果分析[J].重庆医学,2015,44(25):3539-3541.
- [6] 杜长宝,吴桔红,杨婷.2013 年-2017 年泌尿生殖道支原体感染状况及耐药性研究[J].中国卫生检验杂志,2018,28(16):1974-1977.
- [7] 周灵.非淋菌性泌尿生殖道感染患者支原体检测及耐药性分析[J].现代医药卫生,2012,28(14):2149.
- [8] 江卫红,范世珍,黄炳坤,等.深圳市福田区 6994 例支原体培养及药敏检测结果分析[J].中国实验诊断学,2018,22(7):1236-1239.

(收稿日期:2018-11-22)

(本文编辑:卜明)

厦门市肠造口患者早期自我管理现状及影响因素的研究

李玉梅 黄欣 黄凤兰

【摘要】 目的 调查厦门市肠造口患者早期自我管理现状并分析其影响因素。方法 采用造口患者自我管理量表和一般情况问卷,对复诊的 120 例肠造口患者进行问卷调查,了解其自我管理情况,并分析自我管理的影响因素。结果 肠造口患者早期自我管理平均得分为(48.02±19.56)分。在造口护理管理、症状护理管理、日常生活护理管理、功能锻炼管理和心理护理管理 5 个维度中,日常生活护理管理得分最高,为(14.72±3.44)分;心理护理管理得分最低,为(5.5±2.29)分。不同年龄段、职业、文化程度、医疗支付情况和家庭人均月收入患者的自我管理得分差异有统计学意义($P<0.05$)。采用多元线性回归分析结果显示,影响肠造口患者早期自我管理的主要因素为文化程度和家庭人均月收入。结论 肠造口患者早期自我管理的能力有待提高,医务人员应该根据有关影响因素采取有针对性的措施,对肠造口患者早期自我管理加强干预,预防和控制造口并发症的发生,促使患者早日康复。

【关键词】 肠造口; 自我管理; 现状; 影响因素

[中图分类号]R492 [文献标识码]A DOI: 10.3969/j.issn.1002-1256.2019.01.041

随着生活条件、饮食结构的不断变化,结直肠癌的发病率成逐年上升趋势,治疗采用以手术为主的综合治疗^[1]。肠造口术是外科最常施行的手术之一。我国估计每年新增永久性肠造口约 10 万例,目前累计约 100 万^[2]。肠造口手术虽然挽救了大多数结直肠癌患者的生命,但是手术改变了患者正常

的排便通道。造口并发症增加了患者的痛苦,而且排便出口移至腹部,容易造成患者自尊低下和社交障碍等心理变化,严重影响患者的生活质量^[3]。肠造口患者生活质量下降的最显著时期是术后早期,尤其是术后一年以内;国内有多名学者对肠造口患者自我管理现状进行了调查,但研究多注重自我管理的一个方面,只采用普适性的调查表,没有比较成熟的专门的工具来测量肠造口患者早期自我管理情况,结果缺乏针对性和整体性^[4-7]。本研究旨在调查肠造口患者早期自我管理现状并分析其影响因素,为临床相关护理、指导提供参考依据,以提高肠造口患者早期的自我管理能力。

作者单位:361004 厦门大学附属中山医院(李玉梅),361008 福建中医药大学,厦门弘爱医院(黄欣),361004 厦门大学附属中山医院(黄凤兰)

通信作者:李玉梅,Email:68232652@qq.com

一、对象与方法

1.调查对象:采用便利抽样法,抽取 2017 年 11 月—2018 年 5 月在厦门某三级甲等医院复诊的接受造口术的肠造口患者为调查对象。纳入标准:行肠造口术后一年以内者;自愿参加本次研究,并签署知情同意书。排除标准:存在严重沟通障碍(读、写、视、听障碍)不能对问卷正确理解或回答者;既往有精神疾病和意识障碍者;拒绝合作或中途退出者。

2.调查工具:(1)肠造口患者一般情况问卷:问卷共 7 个条目,包括调查对象的性别、年龄、婚姻状况、职业、文化程度、医疗支付情况以及家庭人均月收入。(2)造口患者自我管理量表:本量表由复旦大学曹新旋^[8]编制,共 5 个维度 23 个条目,具有良好的信度和效度。本研究根据专家意见将其整合为 5 个维度 21 个条目。内容包括:造口护理管理(6 条)、症状护理管理(4 条)、日常生活护理管理(5 条)、功能锻炼管理(3 条)和心理护理管理(3 条)。21 个条目均采用 5 点等距评分法,即“总是做不到、很少做到、有时做到、经常做到、总是做到”分别记为 1、2、3、4、5 分。量表的总分最高为 105 分,最低为 21 分。得分越高,说明患者的自我管理越好。量表

采用得分指标进行标准化,得分指标=量表实际得分/量表最高得分×100%。将自我管理能力按得分指标划分为较差、中等、良好,其中<60%为较差,60%~79%为中等,>80%为良好^[9]。请 5 名临床及造口专家对量表内容进行评价,量表的内容效度为 0.92,预调查 20 例,量表的 Cronbach's α 系数为 0.85。(3)调查方法:研究者现场向患者发放调查问卷,指导肠造口患者按指导语现场填写并现场回收问卷。对于文化程度较低的或者视力较差的患者由研究者读出问题,患者回答后由研究者代为填写。所有问卷均现场回收,共发放 120 份问卷,有效问卷 120 份,问卷有效率 100%。

3.统计学方法:采用 SPSS 17.0 进行统计学分析处理,计量资料结果用($\bar{x} \pm s$)表示,数据间的比较采用单因素方差分析(t 检验或者 F 检验)相关性检验采用多元线性回归分析。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

1.肠造口患者一般资料:本次研究收回问卷的 120 名患者中,男 76 例,女 44 例;年龄 60 岁以上 88 例。见表 1。

表 1 肠造口患者一般资料($n = 120$)

项目	例数	占比(%)	项目	例数	占比(%)
性别			已婚	102	85.00
男	76	63.33	离异	12	10.00
女	44	36.67	职业		
年龄			在职	16	13.33
20~40(岁)	16	13.33	离退休	104	86.67
41~60(岁)	16	13.33	家庭人均月收入		
60 岁以上	88	73.34	小于 1000 元	40	33.33
文化程度			1001~2000 元	38	31.67
小学及以下	26	21.67	2001~3000 元	18	15.00
初中	50	41.67	3001 元以上	24	20.00
高中	32	26.66	医疗支付情况		
大学及以上	12	10.00	自费	36	30.00
婚姻状况			医保	84	70.00
未婚	6	5.00			

2.肠造口患者早期自我管理情况:肠造口患者早期自我管理得分为(48.02±19.56)分。从得分指标排序可以看出,肠造口患者早期自我管理项目得分从高到低依次为:日常生活护理管理、功能锻炼管理、造口护理管理、症状护理管理、心理

护理管理。自我管理总分得分指标>80%者 20 例,占比 16.67%,评定为自我管理能力良好;60%~79%者 8 例,占比 6.67%,评定为自我管理能力中等;<60%者 92 例,占比 76.67%,评定为自我管理能力较差。见表 2。

表 2 肠造口患者早期自我管理得分情况($n = 120$)

项目	最大值(分)	最小值(分)	平均($\bar{x} \pm s$,分)	得分指标(%)	排序
造口护理管理(30)	28	6	12.55±6.82	41.83	3
症状护理管理(20)	19	4	8.20±4.98	41.00	4
日常生活护理管理(25)	25	11	14.72±3.44	59.00	1
功能锻炼管理(15)	15	3	7.05±3.15	47.00	2
心理护理管理(15)	12	3	5.50±2.29	37.00	5
自我管理总分(105)	99	29	48.02±19.56	45.71	

注:得分指标=量表实际得分/量表最高总分×100%

3.肠造口患者早期自我管理影响因素分析:(1)影响肠造口患者早期自我管理因素的单因素分析:应用单因素方差分析(t 检验或者 F 检验)发现,不同年龄段、职业、文化程度、医疗支付情况和家庭人均月收入患者的自我管理

能力得分差异有统计学意义($P < 0.05$)。不同性别、婚姻状况患者之间差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 3。(2)多元线性回归分析:按照进入水平 $\alpha = 0.05$ 、剔除水平 $\alpha = 0.01$,以肠造口患者早期自我管理得分为因变量,以单

因素分析中有统计学意义的年龄、职业、文化程度、医疗支付方式以及家庭人均月收入为自变量,进行多元线性回归分析。发现进入回归方程的肠造口自我管理影响因素为文化程度和家庭人均月收入,说明肠造口患者早期自我管

理总分和文化程度和家庭人均月收入之间有显著的线性关系,同时调整后决定系数为 0.510。结果提示,在这些因素中,文化程度和家庭人均月收入是影响自我管理总分的主要因素。见表 4。

表 3 自我管理影响因素的单因素分析($\bar{x} \pm s$, 分 $n=120$)

项目	造口护理管理	症状护理管理	日常生活护理管理	心理护理管理	功能锻炼管理	自我管理总分
男($n=76$)	12.84±7.15	8.18±4.87	14.84±3.48	5.58±2.24	7.29±3.10	48.74±19.57
女($n=44$)	12.05±6.26	8.23±5.23	14.50±3.38	5.36±2.08	6.64±3.24	46.77±19.70
年龄						
≤40 岁($n=16$)	17.75±7.95	10.0±6.0	16.12±4.72	6.38±3.10	8.25±4.06	58.5±23.92
41~60 岁($n=16$)	14.25±6.36	9.88±5.48	15.62±3.58	6.00±2.48	8.25±3.49	54.0±20.71
≥60 岁($n=88$)	11.30±6.22	7.57±4.59	14.3±3.07	5.25±2.06	6.61±2.81	45.02±17.7
婚姻						
未婚($n=6$)	15.0±3.58	5.33±0.52	13.33±0.52	4.67±0.52	5.0±0	43.33±4.23
已婚($n=102$)	12.41±6.78	8.18±4.98	14.73±3.46	5.45±2.37	7.12±3.18	47.8±19.67
离异($n=12$)	12.50±8.52	9.83±5.77	15.33±3.98	6.33±2.06	7.50±3.45	51.50±23.40
职业						
在职($n=16$)	17.38±7.17	9.88±6.08	16.0±4.84	6.62±2.87	7.88±4.21	57.70±24.37
离退休($n=104$)	11.81±6.49	7.94±4.77	14.52±3.15	5.33±2.16	6.92±2.96	46.52±18.4
教育						
小学及以下($n=26$)	7.31±1.35	5.54±0.95	13.31±0.93	4.54±0.86	5.46±0.95	36.15±3.15
初中($n=50$)	8.48±2.71	5.48±0.95	12.76±1.04	4.42±0.87	5.56±1.37	36.52±3.96
高中($n=32$)	19.06±4.83	12.88±5.64	17.56±3.70	7.38±2.30	9.31±3.46	66.19±19.50
大学及以上($n=12$)	23.5±2.54	12.83±5.92	18.33±4.74	7.83±3.38	10.67±3.8	73.17±19.70
医疗						
自费($n=36$)	10.17±5.39	6.67±4.01	13.5±2.40	4.89±1.65	5.83±2.51	41.00±15.14
医保($n=84$)	13.57±7.14	8.86±5.23	15.24±3.69	5.76±2.48	7.57±3.26	51.0±20.54
收入						
<1 000 元($n=40$)	8.05±2.36	5.35±0.80	12.70±1.11	4.35±0.92	5.45±1.18	35.90±3.42
1 000~2 000 元($n=38$)	9.47±4.84	6.68±3.40	13.89±2.28	4.84±1.65	6.32±2.51	41.20±13.66
2 000~3 000 元($n=16$)	17.67±6.06	12.44±5.62	17.33±4.14	7.11±2.68	8.67±3.56	63.22±21.50
>3000 元($n=24$)	21.08±4.38	12.17±6.07	17.42±4.1	7.25±2.80	9.67±3.87	67.58±20.13

表 4 自我管理影响因素的多元线性回归分析

自变量	非标准化系数	标准误	标准系数
常量	13.946	3.347	-
文化程度	10.978	2.334	0.511
家庭人均月收入	4.228	1.902	0.241

注: $R^2=0.518$, $\Delta R^2=0.510$

讨论 肠造口患者早期的自我管理现状:自我管理能力在肠造口术后康复中具有十分重要的作用,我国肠造口患者自我管理能力处于中等水平^[4]。本研究通过对 120 例出院一年以内的肠造口早期患者进行问卷调查,发现厦门市肠造口患者早期自我管理能力大多数处于较差水平,自我管理能力欠佳。在造口护理管理、症状护理管理、心理护理管理方面存在问题较多。本研究调查显示 76.67% 的患者自我管理能力较差,对造口的护理、造口带来的生活适应、心理调整都存在较多问题。说明肠造口患者早期迫切的需要专业医务人员的指导和家庭帮助。很多肠造口术后患者因为年龄、经济、受教育程度等客观条件限制,同时医务人员对其进行的相关护理、指导、健康教育未落实效果评价,患者并未实际掌握肠造口自我管理的技术和能力,使其术后日常生活极不方便,生活质量

也受到很大影响。

由于目前医疗条件的限制,肠造口患者住院期间能接受的专科治疗和护理有限。我国造口专科起步较晚,专科护士比较少,临床医务人员肠造口专科知识相对缺乏,能对肠造口患者进行健康教育的形式和内容非常有限,形式多为口述,内容较为单一。所以加强专科护士培养及对医务人员定期开展肠造口知识讲座培训,同时指导家属和患者全程参与疾病的管理是解决问题的关键^[10]。本研究结果显示心理管理是肠造口患者早期自我管理的薄弱环节。此次调查心理管理得分普遍很低,尤其是“有造口后我也能够进行并享受性生活”只有 2 例 2 分(很少做到),其余 118 例均只有 1 分(总是做不到)。这与韩舒^[4]的研究结果一致。一方面可能和患者因疾病导致的形象、生活方式的改变,引起自尊心受损有关;另一方面,医务人员和家属也更关注患者的躯体疾病,指导护理偏重于肠造口相关知识,忽视了对患者的心理支持。所以对肠造口患者早期院内不仅要注重造口相关知识的教育,还要注意加强其心理的调适和造口并发症的监测^[11]。医务人员应针对肠造口患者早期自我管理现状,给予患者个体化的自我管理教育和心理护理,及时评价其接受度和效果,提高其

日常自我管理能力,改善其生活质量^[5]。

影响肠造口患者早期自我管理得分的主要因素分析:本研究结果显示不同年龄段、职业、文化程度、医疗支付情况和家庭人均月收入患者的自我管理能力得分差异显著。不同性别、婚姻状况患者之间差异不显著。60 岁以下的患者比 60 岁以上的患者得分高,在造口护理管理和功能锻炼管理两个维度中,差异尤其显著;在职者比退休者得分高,在造口护理管理和心理护理管理两个维度中,差异尤其显著;医保支付者比自费患者得分高,除心理护理管理外,其他四个维度得分差异均显著;文化程度越高者得分越高,家庭人均月收入越高者得分越高,五个维度得分差异均显著。本次研究自我管理影响因素经多元线性回归分析,文化程度和家庭人均月收入是影响自我管理总分的主要因素。(1)文化程度:本研究显示文化程度是影响肠造口患者早期自我管理的主要因素之一。由表 3 可知,学历越高患者的自我管理得分越高。可能与其具有主动学习的意识,能主动寻求知识资源,了解疾病相关知识有关;文化程度越高的患者对医务人员所提供的专科指导、护理、疾病健康教育知识更加重视,能对其做出正确的理解,掌握肠造口知识可能更全面^[11]。同时,同时学历越高者越重视生活质量,自我管理主动性强,对治疗依从性也好。医务人员应根据患者的文化程度采取不同的指导、健康教育方式方法和内容。对文化程度相对较高的患者,要言简意赅,主题鲜明,给予其更多机会表达自己的需要,注意根据患者的反馈互动;而对于文化程度较低的患者,采用图文并茂、易于理解的方式向患者解释,如实物演示,真人示范等,必要时让患者复述相关知识;注重对家属的同时教育,为其家庭留存纸质版图文资料,协助其能找到多种知识获取渠道;并且要在门诊复查、俱乐部联谊等随访追踪,确认掌握效果,加强患者自我管理的意识。(2)家庭人均月收入:韩舒等^[11]研究报告显示,家庭人均月收入对患者自我管理影响不显著。但本研究结果显示家庭人均月收入是影响肠造口患者早期自我管理的主要因素之一。肠造口患者早期的自我管理得分随着家庭人均月收入的提高而升高。原因可能是疾病经过手术、造口等一系列治疗,对于患者及其家庭来说都是突发的巨大打击;同时住院期间已经一次性支付了相关大笔费用,后续还可能要不断支付造口产品费用,这些可能造成肠造口早期患者夸大了造口护理的经济负担^[12]。对于本次调查研究的门诊复查的肠造口早期患者来说,可能造口用品的购买是其出院后康复期的主要经济支出。频繁支出造口的相关费用无疑增加了患者的经济负担和心理压力,尤其对于家庭人均月收入偏低的患者,更是较难承担此项费用,由此也影响了其对造口护理的依从

性,导致患者为节约费用,可能主动减少更换造口袋次数或护理。

值得注意的是,韩舒^[4]、秦芳^[5]等研究结果显示,年龄是影响患者自我管理能力的重要因素。但本研究结果显示,在单因素方差分析中不同年龄段、职业和医疗支付对肠造口患者早期的自我管理得分差异有统计学意义,但是在多元线性回归分析中此三项并没有进入多元线性回归方程。这说明年龄、职业和医疗支付并不是影响肠造口患者早期自我管理得分的主要因素。可能与肠造口患者早期家庭社会支持系统比较到位,家属参与以及患者对自我管理相对重视有关。另外,回归方程中,调整后决定系数为 0.510,说明还有其他因素影响肠造口早期患者的自我管理能力,有待进一步的研究。

综上所述,厦门市肠造口患者早期的自我管理能力不容乐观。患者需要对造口术后所带来的一系列问题进行长期的自我管理,对造口的适应更多的是对“现我”逐步接受的过程。医务人员应根据患者的文化程度、家庭人均月收入等给予不同的护理、指导、健康教育,对肠造口患者早期自我管理加强干预,预防和控制造口并发症的发生,促使患者早日康复。

参 考 文 献

- [1] 张宏,崔明明,范明.腹腔镜结直肠癌术后切口感染的影响因素分析[J].中国普通外科杂志,2014,23(10):1444-1446.
- [2] 喻德洪.我国肠造口治疗的现状与展望[J].中华护理杂志,2005,40(6):415-417.
- [3] 何颜英,张凤霞,曹伟胜,等.家庭护理干预对肠造口患者生活质量的影响[J].国际护理学杂志,2010,29(12):1837-1839.
- [4] 韩舒.肠造口患者早期自我管理现状及医院社区家庭护理模式构建的研究[D].青岛大学,2014.
- [5] 秦芳.永久性肠造口者自我管理方案的研究[D].南方医科大学,2015.
- [6] 张六一,李晶,张静平,等.肠造口患者社区护理现状及护理需求调查分析[J].中国全科医学,2013,16(14):1273-1275.
- [7] 薛盈川,刘晓鸿,陆薇,等.自我管理教育对永久性结肠造口患者自我护理能力的影响[J].中华护理杂志,2011,46(8):753-755.
- [8] 曹新旋.护理门诊实践的案例研究[D].复旦大学,2009.
- [9] 王子迎,米冬花,王水莲,等.老年慢性心力衰竭患者的自我管理现状及其影响因素研究[J].中华护理杂志,2017,52(4):431-435.
- [10] 王俊霞,李书慧.肠造口患者的自我管理现状调查及影响因素分析[J].中国实用神经疾病杂志,2011,14(20):26-27.
- [11] 韩舒,陆连芳,温肇霞,等.肠造口患者自我管理现状调查及影响因素分析[J].青岛大学医学院学报,2014(2):161-163.
- [12] 尤朝霞,安如林.肠造口患者术后自我感受负担水平调查及其影响因素分析[J].中国护理管理,2017,17(11):1486-1490.

(收稿日期:2018-11-13)

(本文编辑:朱文全)