

临床护士护理管理知识需求及影响因素调查

邓俊¹, 王鹏¹, 颜永阳², 陈小华¹

摘要:目的 调查医院临床护士对护理管理知识需求情况并分析其影响因素,为采取针对性措施提高护理人员的管理知识提供参考。**方法** 采用自制问卷,对北京市36所二级及以上医院9 342名临床护士进行调查。**结果** 分别有51.1%、42.2%临床护士非常需要、需要护理管理知识。回归分析结果显示,护士长及以上职务,系统学习过、掌握或精通护理管理知识,认为护理管理知识有用、难学是非常需要护理管理知识的独立影响因素(均 $P<0.05$)。**结论** 临床护士对护理管理知识的需求较高。医院、护理部层面应以需求为导向,对护士进行相关管理知识培训。

关键词:临床护士; 护理管理; 知识需求; 基础护理; 护理质量管理; 护理教学管理; 护理人力资源管理; 影响因素
中图分类号:R47;C931.3 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2023.06.076

Clinical nurses' needs for nursing management knowledge and the influencing factors Deng Jun, Wang Peng, Yan Yongyang, Chen Xiaohua. Department of Nursing, Peking University First Hospital, Beijing 100034, China

Abstract: **Objective** To investigate the need for nursing management knowledge (NMK) of clinical nurses and analyze the influencing factors. **Methods** Totally 9 342 nurses of 36 hospitals above grade II in Beijing were investigated in terms of their need for NMK using a self-made questionnaire. **Results** Among all nurses, 51.1% were in great need of NMK, and 42.2% were in need of that. It was found that nurses in great need of NMK were head nurses or of higher position, who had systematic training or mastered NMK, or found NMK difficult to learn but useful (all $P<0.05$). **Conclusion** Clinical nurses have high demand for NMK. Therefore, need-oriented training should be conducted for all nurses from the nursing department and hospital levels.

Key words: clinical nurses; nursing management; knowledge demands; fundamental nursing; nursing quality management; nursing teaching management; nursing human resource management; influencing factor

护理管理是管理学原理、方法在护理领域中的应用,是护理教育、临床护理的重要组成部分^[1]。护理管理作为医院管理的重要内容,直接影响医院医疗护理质量和管理水平,甚至影响卫生事业发展^[2-3]。随着医疗技术和管理方法的不断发展进步,护理管理已由经验管理逐渐过渡到科学管理^[4-5]。为促进学科发展、提高医院医疗护理质量,各级护理人员均应掌握护理管理知识^[6-8],并将其应用到临床工作中。既往研究多探讨护理管理者对护理管理知识的需求情况^[9-10],临床护士群体对护理管理知识需求情况未得到充分关注。本研究调查医院临床护士护理管理知识需求情况,并分析其影响因素,旨在为采取针对性措施提高护理人员的管理知识提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 本研究采用方便取样,选取2019年3月至2020年1月,北京市31所三级医院和5所二级医院临床护士为研究对象。纳入标准:具有国家注册护士证书;正在医院执业,从事护理相关工作;知情同意,自愿参加本研究。排除标准:因事假、病假等不在岗护士;进修护士。有效调查9 342名护士,其中男

316人,女9 026人;年龄20~64(32.20±7.88)岁;工作年限1~43(11.27±8.48)年。

1.2 方法

1.2.1 调查工具

1.2.1.1 护士一般资料调查表 在参考文献的基础上自行设计。①护士人口学资料:包括性别、年龄、职称、职务、文化程度、工作年限。②护士护理管理知识学习、掌握情况:包括是否系统学习过护理管理知识,是否掌握或精通护理管理知识,是否认为护理管理知识有用,是否认为护理管理知识枯燥、难学、易遗忘,是否有机会、时间学习护理管理知识等。

1.2.1.2 护士护理管理知识需求问卷 在查阅相关文献^[11-14]后,研究小组(共4名成员,其中高级职称1人)讨论、设计问卷。内容包括2个部分:①护士护理管理知识需求程度。共1个条目,采用Likert 5级评分法,1分表示非常不需要,5分表示非常需要。②护士对不同内容护理管理知识需求情况。调查护士对基础护理管理知识、护理质量管理知识等是否有需求,共9个条目。对98名护理人员进行预调查,Cronbach's α 系数为0.833。邀请6名具有高级职称的护理管理专家对问卷进行2轮修订并进行评价,内容效度为0.945。

1.2.2 调查方法 采用横断面研究,通过问卷星收集数据。在与各医院护理部相关人员联系并取得同意后发送二维码。问卷由护士独立、匿名填写。采用

作者单位:1. 北京大学第一医院护理部(北京, 100034);2. 香港大学护理学院

邓俊:男,硕士,副主任护师,护理部副主任,dj198612@163.com

收稿:2022-11-02;修回:2022-12-28

统一指导语介绍研究目的,承诺对研究数据严格保密,不收集调查对象任何身份信息,所有数据仅供研究使用。设定每个账号只作答问卷 1 次,完成所有条目后方能提交答卷。调查结束后双人检查数据,剔除不符合逻辑的问卷。共回收 9 400 份问卷,其中 9 342 份问卷有效,有效率 99.38%。

1.2.3 统计学方法 数据录入 Excel2019,采用 SPSS26.0 软件进行数据统计分析。分类变量采用 χ^2 检验,连续变量采用 t 检验及方差分析;多因素分析采用 logistic 回归。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 医院临床护士护理管理知识需求情况 护士护理管理知识需求得分 1~5(4.43±0.65)分。护理管理知识需求分布:4 776 人(51.1%)非常需要、3 942 人(42.2%)需要、527 人(5.6%)一般需要、86 人(0.9%)不需要、11 人(0.1%)非常不需要。医院临床护士对不同内容护理管理知识需求情况,见表 1。

表 1 医院临床护士对不同内容护理管理知识需求情况($n=9342$)

项目	需求人数(%)
基础护理管理知识	8257(88.4)
护理质量管理知识	7466(79.9)
护理教学管理知识	7028(75.2)
护理人力资源管理知识	6481(69.4)
护理科研管理知识	6340(67.9)
护理信息化管理知识	5888(63.0)
个人领导力培养知识	5649(60.5)
护理经营管理知识	5189(55.5)
办公文书写作知识	4851(51.9)

2.2 医院临床护士护理管理知识需求的单因素分析 以护士护理管理知识需求得分为因变量进行单因素分析,结果见表 2。

2.3 医院临床护士护理管理知识需求的多因素分析 以护士是否非常需要护理管理知识为因变量(是=1,否=0),以表 2 中各因素为自变量进行 logistic 回归,结果显示,护士长及以上,系统学习过、掌握或精通护理管理知识,认为护理管理知识有用、难学为护士非常需要护理管理知识的独立影响因素。模型系数综合检验 $\chi^2=952.062, P<0.001$ 。Hosmer-Lemeshow 检验 $\chi^2=9.831, P=0.277$ 。见表 3。

3 讨论

3.1 医院临床护士对护理管理知识的需求较高 本研究 9 342 名临床护士护理管理知识需求得分(4.43±0.65)分,51.1%非常需要、42.2%需要护理管理知识。提示整体上而言,临床护士对护理管理知识的需求较高。护理管理者因工作需要而对护理管

表 2 医院临床护士护理管理知识需求单因素分析结果($n=9342$)

项目	人数	需求评分 ($\bar{x} \pm s$)	t/F	P
性别			0.981	0.327
男	316	4.47±0.71		
女	9026	4.43±0.65		
年龄(岁)			0.576	0.565
≤34	6417	4.44±0.64		
≥35	2925	4.43±0.68		
文化程度			2.785	0.005
大专及以下	3878	4.41±0.66		
本科及以上	5464	4.45±0.65		
工作年限(年)			0.898	0.441
1~	5554	4.44±0.64		
11~	2405	4.43±0.67		
21~	1041	4.43±0.68		
31~43	342	4.38±0.71		
职称			4.233	<0.001
中级及以上	2568	4.48±0.65		
初级及以下	6774	4.42±0.66		
职务			23.706	<0.001
护士长及以上	920	4.78±0.44		
普通护士	8422	4.40±0.66		
系统学习过管理知识			22.224	<0.001
是	3864	4.60±0.58		
否	5478	4.31±0.68		
管理知识掌握情况			18.247	<0.001
掌握或精通	1718	4.66±0.55		
其它	7624	4.38±0.67		
护理管理知识有用			13.991	<0.001
是	8145	4.48±0.61		
否	1197	4.13±0.84		
护理管理知识枯燥			0.110	0.913
是	2915	4.43±0.63		
否	6427	4.43±0.67		
护理管理知识难学			2.454	0.014
是	1826	4.47±0.63		
否	7516	4.42±0.66		
护理管理知识易遗忘			2.242	0.025
是	3471	4.45±0.64		
否	5871	4.42±0.66		
没机会学习管理知识			1.029	0.303
是	2445	4.44±0.64		
否	6897	4.43±0.66		
没时间学习管理知识			2.862	0.004
是	6911	4.44±0.65		
否	2431	4.40±0.67		

理知识有很高需求^[4]。但本研究显示,护士群体护理管理知识整体需求均较高。原因可能是:作为护理管理的直接对象和主要参与者,临床护士各项工作会涉及护理管理,学习、掌握护理管理知识将更有利于其出色完成各项工作。此外,掌握护理管理知识将可能使护士有更多机会参与到科室各项管理工作中,更有利于其实现个人价值和职业理想^[15-16]。医院、护理部等应对全体临床护士进行护理管理知识培训,满足其护理管理知识需求,以不断提高护理质量,促进医疗

卫生事业发展。本研究中,临床护士对不同内容护理管理知识需求率从高到低依次为:基础护理管理、护理质量管理、护理教学管理、护理人力资源管理、护理科研管理、护理信息化管理、个人领导力培养、护理经营管理、办公文档书写。基础护理管理知识主要包括护理管理的职能作用、发展历程、理论原则和相关法律法规及规章制度等内容,是深入学习护理管理知识的基石,因此临床护士对其需求最高。护理质量管理、教学管理、人力资源管理与科研管理等方面的知

表 3 医院临床护士护理管理知识非常需求的多因素分析结果(n=9342)

项目	B	SE	Wald χ^2	P	OR	95%CI
常数	-1.096	0.082	179.959	<0.001	0.334	—
护士长及以上	1.378	0.092	223.399	<0.001	3.965	3.310~4.750
系统学习过管理知识	0.798	0.048	276.904	<0.001	2.220	2.021~2.439
掌握或精通管理知识	0.511	0.063	66.360	<0.001	1.667	1.474~1.885
管理知识有用	0.541	0.068	63.763	<0.001	1.718	1.504~1.962
管理知识难学	0.122	0.056	4.785	0.029	1.130	1.013~1.260

注:变量赋值均为是=1,0=否。

3.2 医院临床护士护理管理知识需求受多种因素影响 ①护士长及以上职务者对管理知识的需求更高。研究显示,护士长及以上职务者因护理管理工作需要而对护理管理知识有很高需求^[4],尤其刚成为护士长不久者^[15]。如何带领队伍高效地完成护理工作、提高护理质量、保障护理安全是每个护理管理者迫切需要掌握的内容,因此其对管理知识的需求程度显著高于一般护士。提示医院、护理部等应着重培训护士长及以上职务者护理管理知识,这也是国家卫生健康委员会《全国护理事业发展规划(2021—2025年)》^[6]中的要求。②系统学习过、掌握或精通护理管理知识的护士对护理管理知识的需求更高。护士需要不断学习前沿管理知识,甚至创新发明新的管理理论和技术^[10,18]。学无止境,系统学习过、掌握或精通护理管理知识的护士,将管理知识应用于工作中并取得成效后,充分感受到护理管理的价值,更增加了学习的热情,希望学习到更多的管理知识,因而其需求更强烈。但本研究显示,仅41.4%护士系统学习过护理管理知识,18.4%护士掌握或精通护理管理知识。医院、护理部等应积极对临床护士进行护理管理知识的系统培训,并坚持对已系统培训过的护士进行继续教育。掌握或精通护理管理知识的护士也应继续学习,但应重点学习前沿的、先进的护理管理知识。③认为护理管理知识有用的护士对护理管理知识的需求更高。认为护理管理知识有用的护士可能从自己工作实践中,切实体会到护理管理对提高医疗护理质量的价值,因而希望获得更多、更有用的护理管理知识。医院、护理部等应积极关注并满足其需求。④认为护理管理知识难学的护士对护理管理知识的需求更高。

识,都与护士的工作息息相关,因而其需求也较高。临床护士对办公文档书写知识的需求最低,可能与本研究中护士文化程度整体较高(本科及以上占58.5%),大多具备良好的办公文档书写技能有关。提示护理管理知识培训应以临床护士需求为导向^[17-18],着重培训护士基础护理管理知识和护理质量管理、护理教学管理、人力资源管理与护理科研管理等方面的知识。

该类群体一方面对学习存在畏难情绪,另一方面又渴求知识。因此,应对他们追求知识的热情给予鼓励,指导其掌握科学的学习方法,及时解答他们学习中的疑惑,提高学习效果。

4 小结

医院临床护士整体对护理管理知识的需求很高,尤其是基础护理管理知识和护理质量管理、教学管理、人力资源管理与科研管理等方面的知识。为不断提高医院医疗护理质量,促进我国医疗卫生事业高速发展,医院、护理部层面应以护士需求为导向,对护士进行相关管理知识培训。

参考文献:

[1] 吴欣娟,王艳梅. 护理管理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2017:1-15.

[2] 杨丽,关玉珠,高祝英,等. 护理联盟地县级医院护士长管理能力培训的效果[J]. 护理学杂志,2022,37(5):2621-2623.

[3] Neziraj M, Andersson M, Hellman P, et al. Prevention of pressure ulcers, malnutrition, poor oral health and falls in nursing homes: a focus group study with nurse aides, registered nurses and managers[J]. Int J Nurs Stud Adv,2021,3(1):100056.

[4] 陈芳,郑一宁. 北京市二级综合医院护士长管理能力现状及影响因素分析[J]. 中华现代护理杂志,2019,25(7):880-884.

[5] Zhan Q, Shang S, Li W, et al. Bridging the GP gap: nurse practitioners in China [J]. Lancet, 2019, 394(10204):1125-1127.

[6] 中华人民共和国国家卫生健康委员会医政医管局.《全国护理事业发展规划(2021—2025年)》:国卫医发[2022]15号[EB/OL]. (2022-05-07)[2022-10-05]. <http://>

- (本文编辑 吴红艳)

(本文编辑 吴红艳)

急诊急救专科护士培训基地运行现状调查

李春燕, 黄萍, 何静静, 周田田, 张敏, 吴昊鸣, 彭迎欣

摘要:目的 调查我国急诊急救专科护士培训基地资源配置及培训现状,为优化基地建设、促进专科护士发展提供借鉴。方法 自行设计急诊急救专科护士培训基地现状调查问卷,采用便利抽样法对我国 13 家急诊急救专科护士培训基地进行调查。结果 中华级、省级、市级培训基地分别为 2 家、6 家、5 家;13 家基地均设有专科护士培训管理组织,设有带多媒体设备的教学用房、临床技能实训室,提供医疗信息网络资源;6 家基地近 5 年在国际期刊发表论文;近 5 年承担了国家级、省部级、市级、院级护理课题的基地分别有 2 家、5 家、9 家、12 家。护理师资中专科护士占 52.46%;近 5 年接受过师资培训比例为 46.96%;7 家基地在培训开始前依据学员的入学考核情况、年资、学历、工作医院级别等对其进行合理分组,5 家基地表示会开展专科护士再培训工作,仅 1 家基地表示计划在专科护士取得资格证 3~5 年后开展再认证工作。结论 我国急诊急救专科护士培训基地基本情况良好,但缺乏培训基地评价与再认证机制;基地师资力量有待加强;基地缺乏专科护士远期能力评价体系,未来可开展相关研究以体现专科护士的专业价值。

关键词: 急诊急救; 专科护士; 培训基地; 师资培训; 再认证; 资源配置; 教学质量

中图分类号: R47; C931.3 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2023.06.080

Investigation on operation status of training base for emergency nurses specialist Li Chunyan, Huang Ping, He Jingjing, Zhou Tiantian, Zhang Min, Wu Haoming, Peng Yingxin. Emergency Department of Nanjing Drum Tower Hospital, The Affiliated Hospital of Nanjing Medical University, Nanjing 210008, China

Abstract: **Objective** To investigate the resource allocation and status of the training base for emergency nurses specialist, so as to provide guidance for optimizing the construction of the base and promoting the development of specialized nurses. **Methods** Thirteen emergency nurse specialist training bases in China were surveyed using a self-made questionnaire. **Results** There were 2, 6 and 5 bases of the national, provincial, and municipal levels, respectively. All the 13 bases were equipped with specialized nurse training management organizations, teaching rooms with multimedia, clinical skills training rooms, and medical information network resources. In the past five years, staffs of 6 bases have published researches in international journals. There were 2, 5, 9 and 12 bases undertaking nursing research programs of the national, provincial, municipal and hospital levels, respectively. Among the teaching staff, 52.46% were specialized nurses and 46.96% have received further training in the past five years. Moreover, trainees were classified into different groups according to their entrance examination results, seniority, education and working hospital before the training in 7 bases. Meanwhile, 5 bases indicated that they would carry out the retraining, and only 1 base planned to carry out the recertification 3—5 years after the advanced practice nurses obtained the qualification certificate. **Conclusion** The basic situation of emergency nurse specialist training bases in China is good, but there is a lack of evaluation and re-certification mechanism. Moreover, the teaching resources need to be improved and long-term competence evaluation system should be formulated. Relevant researches can be carried out to make full use of such specialized nurses.

Key words: emergency; advanced practice nurse; training base; training of teacher; recertification; resource allocation; teaching quality

《全国护理事业发展规划(2016—2020 年)》^[1]明确提出,要加大专科护士培训力度,不断发展专科护士队伍。急诊护理因其时效性、危急性、复杂性等特点,对护士综合素质要求较高,其专科化发展已是大势所趋。按专业化标准培养符合现代医学模式下急诊患者护理需求的急诊急救专科护士是护理行业的关注重点。目前,北京、上海、广东、江苏等多个省级行政区已先后开展了急诊急救专科护士培训工作,从已有研究来看,我国急诊专科护士培训尚无统一培训

要求、培训方案,各地培训质量参差不齐^[2]。为更科学地推进我国急诊急救专科护士的培养工作,本研究对 13 家急诊急救专科护士培训基地进行调查,旨在为优化基地建设、促进专科护士发展提供借鉴。

1 对象与方法

1.1 对象 采取便利抽样法,于 2022 年 4~5 月对全国 15 家三级医院急诊急救专科护士培训基地负责人进行调查,有效调查 13 家培训基地。

1.2 方法

1.2.1 调查工具 在系统查阅、回顾急诊急救专科护士培训相关文献^[3-6]基础上自行设计调查问卷,问卷经 3 名急诊临床护理专家审阅修改,经预调查 3 人后再次修改形成。问卷包括以下几个部分:①基地基

作者单位:南京大学医学院附属鼓楼医院急诊科(江苏 南京,210008)

李春燕,女,硕士在读,护士

通信作者:黄萍, hp2256@126.com

收稿:2022-09-28;修回:2022-11-08

本情况。包括基地名称、地区分布、级别、类型、临床重点专科级别、急诊科年就诊量、单元设置及床位数、急诊护理亚专科组设置、承担带教任务、专科护士培训管理组织级别、培养经费来源、护理学会成员任职情况,是否有多媒体教学用房、临床技能实训室、信息网络资源,开展的医疗护理特色技术情况,文章发表与课题承担情况。②师资情况。包括师资的职称、学历、工作年限、参与比赛情况、接受再培训情况。③培训情况。包括学员招录要求、培训形式与内容、考核评价方式、再培训与再认证情况。④个人建议。本问卷经 5 名急诊领域护理专家(副高级职称及以上)评定,内容效度为 0.846。

1.2.2 调查方法 本研究使用问卷星平台收集资料,由主要研究者联系急诊急救专科护士培训基地负责人并获得其知情同意,详细说明研究目的及问卷填写注意事项后发放链接。正式调查共发放问卷 15 份,回收有效问卷 13 份,有效回收率 86.67%。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS26.0 软件进行描述性统计。

2 结果

2.1 急诊急救专科护士培训基地基本情况

2.1.1 基地类别分布 13 家急诊急救专科护士培训基地中,北京市、浙江省、广东省各 1 家,江苏省 10 家;中华级、省级、市级基地分别为 2 家、6 家、5 家;理论+实践教学基地 10 家,仅为实践教学基地 3 家。

2.1.2 基地科室基本情况 13 家基地中急诊科为国家级、省级、市级临床重点专科的分别有 4 家、6 家、3 家;急诊科年平均就诊量为 22.7 万;设有抢救室、EICU、输液室、留观室、联合诊区、急诊病房、创伤中心、高压氧舱等急诊单元,其中抢救室、EICU 平均床位数为 23 张和 17 张。9 家(69.23%)基地设有急诊护理亚专科组,包含复苏、创伤、卒中、胸痛、心力衰竭、中毒、血液净化、人工气道组;13 家(100%)基地均承担护理院校学生及下级医院进修护士带教任务,11 家(84.62%)承担护理研究生带教任务,另有承担医联体帮扶任务等。13 家(100%)基地均设有专科护士培训管理组织,其中管理组织为院级、护理部级、科级的分别有 2 家(15.38%)、10 家(76.92%)、1 家(7.69%);培养经费支撑来源(可有多项来源)于学会、医院、科室的分别有 4 家(30.77%)、11 家(84.62%)、4 家(30.77%)。

基地内有国家级、省级、市级护理学会任职成员的分别有 11 家(84.62%)、12 家(92.31%)、10 家(76.92%)。13 家(100%)基地均设有带多媒体设备的教学用房,可容纳 30~80 人同时学习;12 家(92.31%)基地设有临床技能实训室,可进行心肺复苏、气道管理、骨髓通路穿刺、洗胃、止血、包扎、搬运

等操作训练;13 家基地均可提供医疗信息网络资源,包括医院图书馆、大学图书馆及东软、京颐等医疗护理信息系统。在开展的特色医疗护理技术方面,排名靠前的为体外膜肺氧合技术、血液净化技术及骨髓腔穿刺技术。6 家(46.15%)基地近 5 年在国际期刊发表护理论文共 52 篇,13 家(100%)基地近 5 年发表统计源期刊护理论文共 415 篇;近 5 年承担了国家级、省部级、市级、院级护理课题的分别有 2 家(15.38%)、5 家(38.46%)、9 家(69.23%)、12 家(92.31%)。

2.2 基地师资情况 ①在护理师资部分,13 家基地护理教师 345 人,其中专科护士 181 人(52.46%);正高级职称 31 人(8.99%),副高级 128 人(37.10%),中级 186 人(53.91%);硕士及以上学历 25 人(7.25%),本科 317 人(91.88%),大专 3 人(0.87%);工作年限 6~年 51 人(14.78%),11~年 178 人(51.59%),≥16 年 116 人(33.62%);参加过讲课比赛 67 人(19.42%),参加过实践技能比赛 72 人(20.87%),近 5 年接受过师资培训 162 人(46.96%)。②在医疗师资部分,13 家基地医疗教师 209 人,其中正高级职称 83 人(39.71%),副高级 77 人(36.84%),中级 49 人(23.44%);博士及以上学历 82 人(39.23%),硕士 109 人(52.15%),本科 18 人(8.61%);工作年限 6~年 32 人(15.31%),11~年 79 人(37.80%),≥16 年 98 人(46.89%)。

2.3 基地培训实施情况

2.3.1 学员招录要求 在学员招录要求方面,10 家(76.92%)基地要求学员学历本科及以上,3 家(23.08%)要求大专及以上;分别有 1 家(7.69%)、10 家(76.92%)、2 家(15.38%)基地要求学员有 6 年、5 年、3 年的工作经验;10 家(76.92%)基地对学员英语能力无要求,3 家(23.08%)要求学员有一定的英语阅读能力或本科英语合格。

2.3.2 培训形式与内容 13 家基地采取全脱产方式教学,分别有 10 家和 3 家基地培训周期为每年 1 期和每 2 年 1 期。7 家(53.85%)基地表示会在培训开始前依据学员的入学考核情况、年资、学历、工作医院级别等对其进行合理分组。9 家(69.23%)基地总培训时长为 8~12 周,9 家(69.23%)基地理论培训时长为 3 周,8 家(61.54%)基地实践培训时长为 6~8 周,理论、实践培训形式及培训教材见表 1。在培训内容方面,国内外急诊急救发展现状与新进展内容平均占 10.77%,急诊专科护理理论知识平均占 33.46%,急诊专科护理技能与操作平均占 25.62%,急诊护理管理平均占 12.31%,急诊人文关怀与护理平均占 5.85%,急诊护理科研与教育平均占 8.85%,其他占 3.15%。

2.3.3 考核评价方式 基地考核组织团队由护理学会专家、基地负责人、护士长、导师等组成。考核方式

及培训效果评价方式见表 1。

表 1 急诊急救专科护士培训考核情况(n=13)

项 目	基地数(%)	项 目	基地数(%)
理论培训形式		考核方式	
多媒体理论讲授	13(100.00)	理论考试	13(100.00)
线上视频课程	7(53.85)	操作考试	13(100.00)
案例分析与小组讨论	13(100.00)	客观结构化临床考试	10(76.92)
专题讲座	11(84.62)	实践拓展	9(69.23)
PBL 教学	10(76.92)	结业答辩	11(84.62)
翻转课堂	5(38.46)	其他	1(7.69)
其他	1(7.69)	培训教材	
实践培训形式		专业书籍	8(61.54)
一对一导师带教	13(100.00)	专用教材	6(46.15)
教学/业务查房	12(92.31)	自编教材	7(53.85)
病案讨论	12(92.31)	电子教材	5(38.46)
情景模拟	13(100.00)	无教材	1(7.69)
工作坊	13(100.00)	近 5 年培训学员人数	
培训效果评价		30~59	3(23.08)
结业考核通过率	13(100.00)	60~89	5(38.46)
专科护士核心能力自评	11(84.62)	90~119	1(7.69)
学员满意度调查	13(100.00)	120~268	4(30.77)
用人单位评价	4(30.77)	—	—

2.3.4 再培训与再认证 5 家(38.46%)基地表示开展专科护士再培训工作,再培训方式包括线上平台培训、继续教育、学术会议、专题研讨班、结业回单位临床实践后 1 年汇报、专科护士个案竞赛等。仅 1 家(7.69%)基地表示计划在专科护士取得资格证 3~5 年后开展再认证工作,再认证机构为省护理学会。

2.4 急诊急救专科护士培训建议 基地负责人认为需定期对师资集中培训以保证教学质量,可通过线上平台开展再培训,需要增加毕业学员工作科室对学员各方面能力的反馈。上级主管部门应出台专科护士再认证相关措施,且定期对培训基地评估再认证等。

3 讨论

3.1 急诊急救专科护士培训基地基本情况良好 本次调查结果显示,目前我国多数急诊急救专科护士培训基地为市级及以上临床重点专科,区域单元设置、亚专科护理组设置相对合理,承担实习生、进修生、研究生多项教学任务,专科护士组织管理、培训经费等均有一定支撑。基地教学理论及实践资源较为丰富,多媒体教学用房、临床技能实训室可为情景模拟、工作坊等教学实施提供条件,论文、课题等科研成果较多,但在国际期刊发表论文仍有很大提升空间,而在建议中有研究对象提到,希望定期对基地进行评价、再认证以确保培训基地的先进性和发展性。目前我国专科护士培训基地数量众多,其办学环境、师资力量、准入门槛、培训时间及方式、培训内容等参差不齐^[7]。专科护士培训基地经学会授权后即可开展区域内专科护士培训,培训完成考核合格后各自颁发专科护士证书^[8],但各个培训基地的资源设置、培训实施等参差不齐。自我国开展急诊急救专科护士培训以来,缺乏对培训基地评价考核的报道,制约了专科

护士培训基地的持续认证工作。美国多使用 CIPP (Context,Input,Process,Product) 模式对有资格提供护理教育的院校或机构进行评价^[9]。国内学者可借鉴相应理念,从基地教学资源 and 师资队伍的最新情况、培训实施过程、取得的教学成果等方面构建急诊急救专科护士培训基地评价体系及再认证机制,以确保临床教学基地的先进性、发展性及可持续胜任能力,从而促进专科护士不断成长。

3.2 急诊急救专科护士培训基地师资力量有待加强

本次调查结果显示,医疗教师总体素质较高,但护理教师中专科护士比例刚过半数,学历以本科为主,参加过讲课比赛和实践技能比赛人数比例均较低,而近 5 年接受过师资培训者不足一半。目前我国暂无明确的急诊急救专科护士师资准入标准及师资培训方案,师资教学的质量直接决定专科护士培训效果,因此亟需规范师资准入标准,提升师资专科护士比例,遴选有讲课比赛、实践技能竞赛经历的护士参与带教,组织教学观摩、开展试讲活动、教学经验交流等提升教学技巧^[10],定期开展专科护士师资培训,加强培养临床护理“双能型”教师。此外,可尝试开展院校联合培训,发挥学校护理教师教学、科研能力强的优势,以弥补基地师资短板,同时合理安排带教学员、保障临床带教权益,以缓解教师压力,改善教学体验^[11]。

3.3 急诊急救专科护士培训基地培训实施有待优化

本次调查结果显示,目前急诊急救专科护士培训基地在学员招录要求上以本科学历和 5 年工作经历为主,培训时长多为 8~12 周,培训形式多样,培训内容相对全面,但人文关怀与科研教育内容偏少,考核方式除传统的理论、操作考核外,加入了客观结构化临床考试、实践拓展等可测试综合能力的形式,而培训评价多集中在培训结束后考核成绩达标率、满意度调查、核心能力自评等方面,缺乏急诊急救专科护士远期能力和成果的测评工具。英国和加拿大专科护士评价包括考试和建立资料库,资料库内容包括个人基本信息、已学课程、正规教育和继续教育经历、自我鉴定和同行评价、证书、出版物和研究成果,护士依据考核结果重新注册^[12]。我国对专科护士远期能力评价缺乏重视,专科护士结业后在临床发挥的实际作用未得到有力验证,专科护士再认证工作亦未开展。周田田等^[13]从临床实践、教育咨询、护理管理、专业发展、职业素养五方面构建了专科护士再认证评价指标体系,为专科护士再认证提供了一定的理论依据。未来基地可通过问卷调查、座谈会等形式开展专科护士发展长期追踪工作,探寻其职业发展状况、需求及存在问题,在借鉴国外经验的基础上构建相应的远期能力评价体系,以促进专科护士职业提升和发展。

4 小结

本研究结果显示,我国急诊急救专科护士培训基

地基本情况良好,但缺乏培训基地评价与再认证机制;基地师资力量有待加强,需加强师资遴选与培养,提升教学质量;基地培训实施有待优化,缺乏专科护士远期能力评价体系,未来可开展相关研究以体现专科护士在临床的实际价值。本研究样本量仅为 13 家,且多数来自江苏省,存在一定局限性,未来需扩大研究样本量和区域跨度,以更全面地了解我国急诊急救专科护士培训基地现状,为基地建设提供借鉴。

参考文献:

[1] 中华人民共和国国家卫生计生委. 全国护理事业发展规划(2016—2020 年)[S]. 2016.

[2] 冯兰棱,樊落,李丹,等. 以核心能力为导向的急诊专科护士培训方案构建[J]. 中华护理教育,2022,19(2):119-125.

[3] 赵书敏,侯荣丹,李敏玲,等. 阶梯培训模式在急诊急救专科护士培训中的应用[J]. 护理学杂志,2013,28(24):6-8.

[4] 仰明莉. 急诊急救专科护士临床教学模式的构建及教学效果评价[J]. 中国医药导报,2017,14(22):145-148.

[5] 沈红,陈湘玉,王晓静,等. 国内外急诊专科护士培训及资格认定的研究进展[J]. 护理学杂志,2009,24(1):91-

93.

[6] 张燕霞,张立秀,杨金玉. 美国高级实践护士资格认证制度及启示[J]. 护理学杂志,2020,35(17):104-108.

[7] 敖薪,王娟. 基于系统理论的急诊专科护士培训指标结构与量化标准的研究[J]. 护理研究,2016,30(13):1576-1581.

[8] 俞玲娜,尹安春,周丹. 我国急诊专科护士培训基地现状及展望[J]. 中国实用护理杂志,2012,28(34):58-60.

[9] Singh M D. Evaluation framework for nursing education programs:application of the CIPP model[J]. Int J Nurs Educ Scholarsh,2004,1:Article13.

[10] 苏丹,方郁岚,于建海,等. 麻醉护理专科护士培训基地师资建设与效果评价[J]. 广西医学,2020,42(21):2884-2886,C3.

[11] 王淼,陈庆,阮红霞,等. 专科护士基地带教老师培训体验的质性研究[J]. 护理学杂志,2022,37(3):65-68.

[12] Wheeler E C. The effect of the clinical nurse specialist on patient outcomes[J]. Crit Care Nurs Clin North Am, 1999,11(2):269-275.

[13] 周田田,王清,余淑婷,等. 专科护士再认证评价指标体系的构建[J]. 护士进修杂志,2021,36(15):1377-1381,1385.

(本文编辑 吴红艳)

人文护理临床实践要素与护理程序的探讨

陈倩¹,刘义兰²,胡德英²,周芳³,张丰健²,潘绍山⁴

摘要:概述了人文护理临床实践对象、范畴,从实践主题、实践内涵、实践理念、实践标准、实践目标 5 个方面阐述了人文护理临床实践的基本要素,提出人文护理实践程序包括人文护理评估、计划、实施与评价,以期为人文护理临床实践规范落实提供借鉴与参考。

关键词:人文护理; 人文关怀; 临床实践; 要素; 护理程序

中图分类号:R47;C931.3 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2023.06.083

Discussion on clinical practice elements and nursing process of humanistic nursing Chen Qian, Liu Yilan, Hu Deying, Zhou Fang, Zhang Fengjian, Pan Shaoshan. Department of Obstetrics and Gynecology, Union Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430022, China

Abstract: This article summarizes the object and scope of humanistic nursing, and clarifies the basic elements of humanistic nursing practice from five aspects of the theme, connotation, concept, standard and goal. Moreover, the humanistic nursing practice includes assessment, planning, implementation and evaluation.

Key words: humanistic nursing; humanistic care; clinical practice; elements; nursing process

护理学是人性科学,医学模式的转变推动着护理工作内涵的转变,促使护理学科向高质量、人性化方向发展。人文护理被认为是护理学的内在要求,积极有效地开展人文护理是护理学专业准确定位从而把握未来发展方向的具体体现,也是护理学发展的必然

趋势^[1]。人文护理临床实践指护理人员运用人文护理思想、理论、知识、技能等实现护理人文关怀与护理目标和谐统一的过程,是人文护理思想、理论在护理服务过程中的具体体现,是一种专业关怀,需在人文护理理论指导下进行。同时通过人文护理实践也可以检验理论的正确性,为理论的构建和发展提供更丰富的素材。笔者试图从人文护理临床实践中提炼基本要素,探讨人文护理临床实践程序,以期为人文护理临床实践的规范落实,更好地在临床工作中进行推广提供参考。

1 人文护理临床实践概述

明确人文护理临床实践的对象及范畴是探讨人

作者单位:华中科技大学同济医学院附属协和医院 1. 妇产科 2. 护理部(湖北 武汉,430022);3. 徐州医科大学护理学院;4. 中国人民解放军南部战区总医院

陈倩:女,硕士,主管护师

通信作者:潘绍山, pansshan@163.com

科研项目:中华护理学会 2020 年度立项科研课题(ZHKY202006)

收稿:2022-09-15;修回:2022-11-29

文护理临床实践要素及人文护理程序的基础。

1.1 人文护理临床实践对象

患者及其照顾者是人文护理服务的主要对象,也是人文护理服务的主要需求者和受益者。

1.1.1 患者 患者是人文护理的首要服务对象,给予患者人性关怀是护理人员的职责^[2]。患者因疾病就诊,除身体经受病痛折磨外,经济负担加重、医院陌生的环境以及巨大的心理压力都使其不仅需要医疗救治,更期望得到医护人员的关怀与安慰。我国《护士条例》^[3]要求护士应尊重、关心、爱护患者;《全国护理事业发展规划纲要(2021—2025)》^[4]提出,强化护理人文关怀,优化护理服务流程,实现优质护理服务扩面提质,有效提升患者获得感;《国际护士伦理守则》^[5]和我国《护士伦理准则》^[6]均强调护士在为患者提供护理服务时要尊重并理解其价值观、风俗习惯和信仰等。人文护理实践应以患者为中心,尽可能满足患者的合理需求。

1.1.2 患者家属/照顾者 患者家属/照顾者是与患者共同生活或承担着照顾患者主要责任的人。家人患病可能导致家属/照顾者感受到照顾压力、经济负担,甚至产生焦虑、恐惧等不良情绪;患者家属/照顾者的身心压力未被及时疏解,不仅可能会损害其身心健康,还会影响患者的康复。故患者家属/照顾者也是人文护理实践的重要对象。

1.2 人文护理临床实践范畴

《“健康中国 2030”规划纲要》^[7]明确指出,要为人民群众提供全方位全周期的健康服务。当前,护理服务的范畴已经拓展到从疾病到健康的全过程;服务对象从个体扩展为群体;服务场所及内容从医院内专业临床护理延伸到出院后的社区医疗卫生服务及家庭护理;服务过程也更具有连续性。根据护理服务场所,可以将人文护理临床实践的范畴归为三部分。

1.2.1 医院人文护理实践 医院人文护理实践包括门急诊人文护理实践和病区人文护理实践。①门诊诊疗环境复杂、科室聚集、工作量大;患者流动性强;首诊患者对医疗机构及诊疗流程不熟悉,更依赖准确、高效的护患沟通。以上特征都使门急诊人文护理实践具有重要意义。门急诊护理人员应当营造温馨舒适的诊疗环境,打造高效、便捷的就诊流程,为患者提供人性化的医疗保障措施。②病区是住院患者接受诊疗、护理服务的主要场所。不同病区的患者具有不同的特点,如产科的孕产妇生理改变大、分娩过程有许多潜在的风险,孕产妇的精神心理状态对分娩预后会产生影响;急诊科患者通常病情危急,患者及家属容易紧张、焦虑等。护理人员要在充分评估住院患者及其陪护家属医疗需求的基础上,提供充分的、个性化的照护、关怀。

1.2.2 社区人文护理实践 社区卫生服务机构为辖区内居民提供预防、保健、医疗、康复、健康教育及优

生优生等综合服务。社区卫生服务对象中不乏老年、慢性病患者,可能因身体状况差、治疗周期长出现治疗效果不理想、治疗不及时或者中断等情况,甚至还会引发家庭矛盾等,对其提供人文护理显得尤为重要^[8]。同时,社区护理人员对社区环境、服务对象的病情、家庭情况等更了解,能更好地为服务对象提供针对性的人文护理服务。

1.2.3 家庭人文护理实践 某些患者出院后仍需持续治疗或护理,仍有较高的健康需求^[9-10],如糖尿病等慢性病患者、肠造口、腹膜透析患者等。如居家护理过程中自我管理能力强、缺乏有关疾病及自我照护的相关知识、感知疾病威胁能力差等,可能增加疾病并发症发生率以及再入院率。因此,人文护理延伸到家庭,为患者提供具有全面性、合作性、协调性的延续性护理活动,从而确保居民仍能获得持续性的健康照顾,并在健康知识、健康行为、症状控制和生命质量方面获得护理成效非常重要,将极大程度地满足患者回归家庭、社会后的健康需求,促进个人身心健康及家庭健康、和谐及幸福。

2 人文护理临床实践的基本要素

人文护理要达到预期目标,体现护理学科的人文特征和价值,需注重以下几方面。

2.1 实践主体应具备良好的人文素养 护理人员的人文素养指护理人员在护理工作过程中应具备的人文思想、人文知识、人文技能以及人文精神等方面的内在修养,包括语言沟通、人际沟通、伦理认知、理性思维等多方面能力^[11]。护理人员是人文护理实践的主体,人性化护理的实践需要护理人员动员和结合知识、技能、态度和外部资源的能力^[12]。护理人员是否对生命充满敬畏,是否具备人文关怀意识,是否能觉察患者对医疗、护理的需求^[13]并制订有效的护理计划满足患者的需求,提升人文护理质量,这些都与护理人员自身人文素质息息相关^[14]。良好的人文素养有助于护理人员提高护理服务质量、改善医护关系及护患关系。具备良好人文素养的护理人员才能将关爱转化为自身气质、人格,将关爱理念自觉体现在行为举止上,人文护理才能贯穿于临床护理实践中。

2.2 实践内涵要体现“以护理服务对象为中心” 人文护理是社会进步和文明的标志,其本质为“以人为本,以病人中心”,充分体现了对人的生存意义、价值、权利与需求、人格与尊严的关注^[15]。“以护理服务对象为中心”^[16],体现了人文护理“以人为本”的核心,倡导“整体照护、全人关爱”,其表现为护理人员尊重患者的人格尊严、维护患者的权利、时刻考虑患者需求、鼓励患者参与护理决策,兼顾患者的个人决策偏好,价值观和目标;对患者公平公正,不因其疾病情况、社会地位、经济状况等不同而区别对待;准确、动态评估患者的个性化需求,并以患者需求为导向调整护理目标及护理措施,从而不断满足患者个性化、多

样化、动态变化的健康需求,为患者提供“高效、优质、满意”的护理服务。

2.3 实践理念要贯穿“以胸怀仁爱为本” “尊重生命,仁爱救人”是我国传统医学医德伦理思想的核心;人文主义、关怀、同情、共情以及相关概念也都包含在国外大多数的实践标准中^[12]。护理人员应怀仁爱之心,将护理对象视作由“身、心、社、灵”^[17]组成的完整个体,充分了解患者所处的文化环境、社会关系,才能耐心、细致地了解患者的病情,同理患者的苦痛、担忧和焦虑,认识到疾病对其各方面的影响,在为其提供护理服务时真正做到尊重和关爱患者^[18]。

2.4 实践标准要遵循“以人文关怀规范标准为指引” 护理学科的发展离不开行业标准、规范的制订和完善^[19]。人文护理发展也需要相关规范及标准的指引。国内外学者对护理人文关怀相关标准也进行了诸多探讨及研究。2003 年,国际人文关怀协会发表了 42 条护理人文关怀指引^[20];同年,Waston 等^[21]从患者角度提出通过护理评估、计划、实施和延续护理提升护士的关怀能力;Kipp^[22]制订了急诊科护理人文关怀标准;Wolf 等^[20]提出了多元文化背景下护理人员对服务对象的关怀服务实践标准;我国学者在 Waton 等^[21]研究基础上提炼出人文护理实践的十大元素^[23-24],有学者制订或应用了脑卒中人文护理实践指南、护士人文实践能力量表、关怀能力评价量表^[25-26]等,这些为我国制订人文关怀实践标准提供了一定的依据和参考。

2.5 实践目标要围绕“以促进人的身心健康及人际和谐为目的” 医疗工作的首要和最终目的都是促进和恢复人的健康。人文护理倡导的健康是“整体人”的“整体健康”,追求实现人的精神自由、塑造人格修养、注重人伦道德以及万物和谐。Watson 博士的关怀科学理论也提出人文关怀的目标是促进人的身心健康和谐。《“健康中国 2030”规划纲要》^[7]明确提出,加强医学服务人文关怀,和谐医患关系。患者良好的就医体验能融洽医患、护患关系,使社会更加和谐。因此,人文护理实践可以促进整体人的整体健康,体现事物的相依共生,营造充满关爱的整体,在和谐共处下促使人全面、完整地发展,促进个人和谐、医护患关系和谐及社会和谐。

3 人文护理实践程序

护理服务对象是人,需要有一套科学、系统、完整的思考方法来了解患者的情况、确认健康问题,并提供有效且兼顾患者个体差异的解决方法。笔者借鉴护理程序的科学性问题解决思路及方法,结合人文护理特点,运用护理程序的主要步骤,即“评估、计划、实施和评价”来探讨护理人文关怀的行为与举措,以期服务对象提供有组织、系统、有效的人文护理服务。

3.1 人文护理评估

3.1.1 人文护理评估内容 人文关怀的实施应以患

者需求为导向^[27]。因此,应先对患者进行人文护理评估。对患者进行人文护理评估时应在“大健康”视野下进行生理、心理、社会、文化等全方面动态评估^[28]。评估内容包括患者的感受及有无不适、身体功能状态、对疾病的认知态度及情绪和情感、需求和期待、社会文化背景及发病经历等。

3.1.2 人文护理评估方法 主要有交谈法、观察法、护理体检、量表法和查阅资料及“人形图”查房法^[29]等。以“人形图”查房法为例,根据患者的体貌特征画出“人形图”;以“家庭树”的方式分析患者家庭成员间的联系,从而了解患者的家庭支持系统;以时间轴方式直观地展示患者的治疗护理情况、患者感受、认知、机体功能和期待 4 个层面的需求,通过查房还原患者的情感、喜好、生活背景,寻找疾病和治疗过程中引发其护理问题的主要原因,为其提供有效的、个性化的护理。

3.2 人文护理计划

人文护理计划是护理人员在人文护理评估基础上,对搜集到的相关资料进行分析、归纳、判断,为患者制订针对性、个性化人文护理目标、护理措施和实施方法。人文护理计划通常由责任护士制订,护士长进行审核、指导,必要时还需要请相关学科专家进行指导。人文护理计划需在人文护理服务过程中,根据患者情况以及对人文护理效果的评估进行动态调整。

3.2.1 设定人文护理目标 人文护理目标指在人文护理过程中拟达到的理想护理结果。其设立必须基于对患者生理、心理、社会、文化等不同层面需求进行分析,契合患者个性化需求,切实可行并最终服务于患者。

3.2.2 制订人文护理措施 人文护理措施可为护理人员实施人文护理提供明确指导。人文护理措施制订时应厘清实施的主体、客体、内容、时间和频率等。以“每天 5 min 关怀性沟通”为例,其完整表述为“患者住院期间,责任护士每天到患者床边与患者进行至少 5 min 关怀性沟通,并根据沟通的结果实施相应的关怀”。该措施中明确了主体为责任护士,客体为所分管的患者,内容是进行关怀性沟通,时间是每次至少 5 min,期限是住院期间。人文护理措施依据人文护理评估结果而制订,不同的患者可能有共性需求,可采用普适性人文护理措施;同时也要根据患者的个性化特点进行调整,如患者仅能听懂某种方言,制订关怀性沟通措施时应明确方言的类型,明确由懂该种方言的护理人员协助或直接与患者沟通,或采用其他辅助沟通的方式,便于患者表达其需求。

3.3 人文护理实施

3.3.1 护理人员充分发挥能动性 激发护理人员的主观能动性,促使其主动、充分利用专业知识和技能为患者解除疾苦;主动与患者建立关怀性关系;了解患者心理、情绪与需求变化,及时给予疏导、关怀、支

持等,使患者保持良好的情绪。

3.3.2 寻求相关部门的支持 实施人文护理需要多方协同、支持,如患者对住院环境、生活方面的需求需要医院后勤部门、营养科等协调解决;患者出现焦虑、抑郁,经沟通仍不能缓解,可实施更专业的心理干预。

3.3.3 尊重患者及家属的权利 护理人员要尊重患者及家属的权利,如患者及家属的知情权、参与护理的决策权等。为患者提供护理服务时,护理人员需要告知护理措施的目的、过程及可能存在的风险,调动患者自我护理的积极性;促进患者家属对患者的情感支持;当患者及家属对治疗护理提出不同意见时,需要与其进行充分的沟通、商讨。

3.3.4 将人文护理融入日常护理 人文护理既需要按计划实施人文护理措施,也应注意在日常护理细节中向患者传递关怀。如为患者行床上擦浴,应礼貌称呼患者;操作时注意保护患者隐私,避免受凉;动作轻柔,密切关注患者的感受;擦浴完结合患者实际情况适当赞扬、激励或感谢等,让护理活动过程充满和谐的人文情怀。

3.3.5 制订人文护理相关流程 护理部及科室应制订人文护理相关流程^[2]作为护士实施人文护理时的指导,其中包括具体操作流程和要点,保证每个护士都能全面、准确与患者进行沟通。

3.3.6 保持人文护理连续性 人文护理应贯穿患者在院期间治疗护理的每一个环节,责任护士对相应的人文护理评估结果、护理措施及效果予以记录,对患者人文护理评估的重要结果及特殊护理措施进行交接班。

3.3.7 提高护理人员人文护理水平 科室可通过多种方式强化护理人员人文护理意识,提高人文护理水平和能力,为患者提供更好的人文护理服务。如进行人文护理理论授课、组织人文护理查房、组织人文护理经验交流会等;护理管理者及相关部门应及时检查人文护理实施情况、人文护理目标实现程度、评价人文护理措施是否有效、了解患者感受和需求、探讨如何更好地实施人文护理等。

3.4 人文护理评价

人文护理评价是通过科学的方法和途径,根据护理目标对护理行为进行价值判断的过程。

3.4.1 人文护理评价内容

3.4.1.1 结构评价 主要评价护士的人文护理知识和能力^[26]、科室人文护理氛围、科室有无人文护理相关制度及流程等。

3.4.1.2 过程评价 主要评价人文护理计划是否可行、护理措施落实情况,如是否实施、实施的方法是否正确、是否进行相应记录等。

3.4.1.3 结果评价 主要评价患者感受及舒适状态、需求是否被满足及被满足的程度、情感心理状态、

感受到被尊重的程度、对护理服务满意度^[30-31]等;护士被患者信赖、尊重的程度及由和谐愉悦的护患关系产生执业动力和职业荣誉感、护理人员遭遇医疗暴力、护理投诉、护患纠纷等事件的数量等。

3.4.2 人文护理评价方法 主要有观察监测,如患者各项症状体征、面部表情及活动等的现场观察及监测;沟通询问,询问患者的感受有无改变,是否有未被满足的需求或新的不适等;问卷调查^[26],如调查患者情绪与心理状况、人文护理服务的满意度等^[32];资料查阅,如查看患者对护士的感谢信、表扬信、患者意见本、患者对护理人员或服务的投诉记录等。

3.4.3 人文护理评价时机 人文护理评价的时机分为实时评价或阶段性评价。实时评价指护士长或责任护士利用与患者及家属接触的时间,如交接班、巡视患者、执行治疗及护理措施、健康教育、生活护理时等,对人文护理实施效果进行评价,多采用观察与监测、沟通与询问等方法进行,以便及时调整人文护理措施。阶段性评价是对某时间段内人文护理效果进行评估,其方法及形式通常较为正式,如护理部定期对全院各科室的人文护理进行评价。

人文护理的实施不强求评估、计划、实施及评价这一完整护理程序的应用。虽然护理程序能满足患者低层次的需求,但难以展示深层次的治疗性人际关系,以及在治疗性关系中服务对象所表达出的意义。因此,人文护理需要有一定的程序,但可不受护理程序的限制,而是在实践中不断完善与修订,切实将“以人为本”的服务理念和实践贯穿到临床护理工作全过程及各方面,关爱每一位患者,实行人性化、个性化的护理服务,以提高患者的满意度,最终促进人文护理的发展。

4 小结与展望

人文护理是护理学的内在要求,人文护理临床实践是做好人文护理的关键。人文护理的重要性目前已被广泛认可,但医院研究者对人文护理理论的研究较少,造成理论与临床实践脱节;人文护理临床实践缺乏系统性框架,缺乏系统、科学的指导、健全的制度,缺乏指导护士实施人文护理具体可行的策略、实践及评价标准,人文护理仍较多体现在一般性的人文关怀方面,这些都极大地限制了人文护理的落实,人文护理实践较理想水平还有一定差距,远未达到应有的范围和效果。在我国,人文关怀理念的探索和实践尚处于起步阶段,对护理人文关怀的研究如何形成系统化的理论构架并指导人文护理临床实践尚在探索之中。人文护理不能靠管理者和个人的自觉意识、护理人员的素质来实现,更需要通过制度化、规范化、标准化管理,注重人文管理与实际需要的融合,实现人文护理质量的不断推进已成为基本共识。我国人文护理将会在人文护理理论的不断优化和人文护理实践的不断摸索中促进护理人员人文素养、职业精

神、关怀能力的提升,促进人文护理质量的提升和护理学科的发展,实现护患关系的良性互动和不断优化,使护理服务对象满意,也让护理人员获得职业荣誉感和职业动力,不断追求卓越,为社会民众提供科学的、符合伦理的、人性化的护理并在该过程中获得成就感。

参考文献:

- [1] 周文娟,胡德英,刘义兰,等.骨科病房人文关怀护理模式的构建与实践[J].护理学杂志,2013,28(4):5-8.
- [2] 何娇,刘义兰,胡德英,等.PDCA 循环管理提高小儿血液科护士人文关怀能力[J].护理学杂志,2015,30(15):63-66.
- [3] 中华人民共和国国务院.护士条例[S].2008.
- [4] 中华人民共和国国家卫生健康委.全国护理事业发展规划(2021—2025)[EB/OL].(2022-04-29)[2022-09-08].http://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2022-05/09/content_5689354.htm.
- [5] 卢根娣.国际护士伦理守则解析与临床应用[J].上海护理,2012,12(5):93-95.
- [6] 潘绍山,张金钟,张新庆,等.《护士伦理准则》内容解读[J].中国医学伦理学,2014,27(4):468-470.
- [7] 中共中央,国务院.中共中央 国务院印发《“健康中国2030”规划纲要》[EB/OL].(2016-10-26)[2022-06-01].<http://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/s3586s/201610/a2325a1198694bd6ba42d6e47567daa8.shtml>.
- [8] 吴红艳,王洁玉,刘义兰,等.我国养老护理人文关怀的文献计量学分析[J].医学与社会,2019,32(12):68-71.
- [9] 阳彩红.以人文关怀为依托的延续性护理对动静脉内瘘病人居家休养的干预效果观察[J].蚌埠医学院学报,2019,44(9):1282-1285.
- [10] 李佩丽.人文关怀在居家腹膜透析患者延续护理中的应用[J].河南医学研究,2017,26(10):1902-1904.
- [11] 刘于晶,姜安丽.上海市部分综合性医院护士人文关怀品质现状调查与分析[J].解放军护理杂志,2011,28(11):1-3.
- [12] Létourneau D,Goudreau J,Cara C. Nursing students and nurses' recommendations aiming at improving the development of the humanistic caring competency[J]. Can J Nurs Res,2022,54(3):292-303.
- [13] Cara C,Gauvin-Lepage J,Lefebvre H,et al. The humanistic Model of Nursing Care-UdeM: an innovative and pragmatic perspective [J]. Rech Soins Infirm, 2016 (125):20-31.
- [14] Li M,Zhu W J,Luo Q,et al. Psychological experience of humanistic care among medical staff in stroke wards: a qualitative research study conducted in China[J]. Front Psychiatry,2022,13:791993.
- [15] 王建晶,刘义兰,朱文静,等.护士人文护理培训现状及需求的多中心调查研究[J].中华护理杂志,2022,57(10):1231-1237.

- [16] 中华人民共和国卫生部医政司.2010 年“优质护理服务示范工程”活动方案[DB/OL].(2010-01-26)[2022-06-12].<http://www.nhc.gov.cn/bgt/s10697/201001/ea96e145713041e9ba67bf239e1a6c64.shtml>.
- [17] 黄珺,刘义兰,胡莉萍,等.三位一体心理健康培训平台构建与提升护理人员人文关怀效能的实效研究[J].中华现代护理杂志,2019,25(36):4774-4777.
- [18] 刘义兰.优质护理服务工作中加强人文关怀的思考[J].护理学杂志,2012,27(9):1-2,26.
- [19] Saxena S,Orley J,WHOQOL Group. Quality of life assessment: the World Health Organization perspectives [J]. Eur Psychiatry,1997,12(3):263s-266s.
- [20] Wolf Z R,Miller M,Freshwater D,et al. A standard of care for caring:a Delphi study[J]. IJHC,2003,7(1):34-42.
- [21] Waston J,Foster R. The Attending Nurse Caring Model: integrating theory,evidence and advanced caring-healing therapeutics for transforming professional practice[J]. J Clin Nurs,2003,12(3):360-365.
- [22] Kipp K M. Implementing nursing caring standards in the emergency department[J]. J Nurs Adm,2001,31(2):85-90.
- [23] 魏翩.临床护理人文关怀的研究进展[J].护士进修杂志,2019,34(14):1267-1270.
- [24] 吴为,刘义兰,许娟,等.我国住院患者护理人文关怀标准构建研究[J].中国医院管理,2017,37(12):72-74,88.
- [25] Li M,ji Y G,Yang Z Q,et al. Development of humanistic nursing practice guidelines for stroke patients [J]. Front Public Health,2022,10:915472.
- [26] Zhang J,Zhou X,Wang H,et al. Development and validation of the Humanistic Practice Ability of Nursing Scale [J]. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci),2021,15(2):105-112.
- [27] 邹灯秀,李秀云,黄素芳,等.湖北省三甲医院 ICU 患者人文关怀护理模式需求现状调查[J].医学与社会,2017,30(5):29-31.
- [28] 贾启艾.人文护理学概念生成与理论构建[J].中国医学伦理学,2021,34(1):117-122,128.
- [29] 尤燕,王燕,张艳,等.手绘人形图教学法在内科护理学教学中的应用[J].护理学杂志,2022,37(1):13-15.
- [30] 刘淑慧.住院患者护理服务满意度调查分析及对策[J].当代护士,2019,26(9):32-35.
- [31] 王峥嵘,谌晓兰,刘义兰,等.眼科护理人文关怀沟通记录表的设计与应用[J].护理学杂志,2018,33(2):72-74.
- [32] Andrews L W,Daniels P,Hall A G. Nurse caring behaviors:comparing five tools to define perceptions[J]. Ostomy Wound Manage,1996,42(5):28-30,32-34,36-37.

(本文编辑 吴红艳)

男护士体面劳动感与工作嵌入的相关性分析

赵方^{1,2}, 张俊梅², 刘荣勋¹, 宋鑫鑫¹, 王子佼³

摘要:目的 了解男护士的体面劳动感与工作嵌入现状并分析其相关性。方法 便利选取郑州市5所三级甲等综合医院215名男护士为研究对象,采用一般资料调查表、体面劳动感量表及护士工作嵌入量表进行调查。结果 男护士体面劳动感总分为(49.03±8.84)分,工作嵌入总分为(67.86±12.53)分,两者呈正相关($r=0.691, P<0.05$)。分层回归分析显示,控制一般资料的影响后,体面劳动感可解释21.8%工作嵌入的变异。结论 男护士体面劳动感与工作嵌入均有待提高,两者呈正相关。应注重提高男护士体面劳动感水平,增加其工作嵌入程度,促进男护士在护理行业的发展。

关键词:男护士; 体面劳动感; 工作嵌入; 工作满意度; 离职; 职业认同

中图分类号:R473;C931.3 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2023.06.088

Correlation between perceptions of decent work and job embeddedness among male nurses Zhao Fang, Zhang Junmei, Liu Rongxun, Song Xinxin, Wang Zijiao. Xinxiang Medical College, Xinxiang 453003, China

Abstract: **Objective** To understand the status of male nurses' perception of decent work and job embeddedness, and analyze their correlation. **Methods** A total of 215 male nurses from 5 class-III grade-A hospitals in Zhengzhou were selected, and surveyed using a general information questionnaire, the Decent Work Perception Scale (DWPS) and the Nurse Job Embeddedness Scale (NJES). **Results** The total scores of DWPS and NJES were (49.03±8.84) and (67.86±12.53), showing positive correlation between them ($r=0.691, P<0.05$). Hierarchical regression analysis revealed that, after controlling for demographic data, perception of decent work could explain 21.8% of the variation in job embeddedness. **Conclusion** Male nurses' perception of decent work and job embeddedness are positively correlated with each other, and both need promotion. Therefore, measures should be taken to push them forward.

Key words: male nurse; decent work perception; job embeddedness; job satisfaction; work turnover; professional identity

随着护理学科的发展,男护士基于自身特有的体力、精力与承受能力等优势在护理工作中发挥着重要作用,已成为护理队伍的重要组成部分^[1-3]。然而受传统观念、社会地位等影响,男护士心理压力较大,离职率逐年递增,从业比例远低于发达国家,男护士在护理行业的发展面临着巨大挑战^[4-5]。体面劳动感指自身对是否获得或享有体面工作的主观感知,主要体现在对工作岗位、职业认可与职业发展、工作回报及工作氛围的认可程度^[6]。既往研究表明,体面劳动感水平是影响护士工作满意度及促进个体发展的重要因素^[7],可直观反映护士对工作价值的认同程度,与离职率有一定联系^[6,8]。工作嵌入作为一种可感知的结构,指个体与组织内外所有与工作相关情境形成的密切关系网络,包含了促进个体留职的多种积极因素,与护士离职密切相关^[9-10]。目前针对男护士离职的相关研究主要集中于工作满意度及价值观等方面,体面劳动感与工作嵌入则从新的视角研究了护士离职意愿的相关状况,但尚未检索到体面劳动感与工作嵌入的相关研究。因此,本研究对男护士体面劳动

感、工作嵌入展开调查,并分析两者的相关性,以期了解男护士对工作的感知程度及留职的积极因素,为促进男护士在护理行业的发展提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 采用便利抽样法,于2022年1~5月选取郑州市5所三级甲等医院的男护士为调查对象。纳入标准:①已获得护士执业证书;②从事临床工作1年及以上;③年龄≥18岁;④知情同意参与本研究。排除标准:①请假、进修等超过2个月不在岗;②已提交辞职申请者。

1.2 方法

1.2.1 调查工具 ①人口学资料。在参考有关文献后自行设计,包括年龄、职称、职务、岗位性质、每周加班次数、每月夜班数、个人月收入及收入满意度等。②体面劳动感量表(Decent Work Perception Scale, DWPS)^[11]。包括5个维度16个条目,其中工作回报维度包含4个条目,工作岗位、工作氛围、职业发展、职业认可各包含3个条目。采用Likert 5级正向计分法,从“很不认同”到“很认同”分别计1~5分。总分16~80分,分值越高说明对工作体面劳动感的认可度越高。量表Cronbach's α 系数为0.745。③护士工作嵌入量表^[12]。包括组织匹配(5个条目)、社区和谐(6个条目)、组织情感(5个条目)、职业牺牲(4个条目)4个维度20个条目。采用Likert 5级评分法,1~5分分别代表“完全不同意”至“完全同意”。总分20~100分,分值越大提示工作嵌入水平越高。

作者单位:1. 新乡医学院(河南 新乡,453003);2. 郑州大学人民医院护理部;3. 郑州大学护理与健康学院

赵方:女,硕士在读,护师

通信作者:张俊梅,ml8537199980@163.com

科研项目:2021年河南省高等教育教学改革研究与实践项目(2021SJGLX189Y)

收稿:2022-09-02;修回:2022-11-22

量表 Cronbach's α 系数为 0.848。

1.2.2 调查方法 调查前与受访医院护理部等相关管理者沟通,获得同意后,将制作好的问卷二维码及问卷说明发送至工作群中由男护士进行填写。使用统一指导语,将各项均设为必填项,规定每个账号最多填写 1 次,填写时间为 10~30 min。共回收 216 份问卷,剔除 1 份勾选一致的无效问卷,有效问卷 215 份,有效回收率为 99.54%。

1.2.3 统计学方法 使用 SPSS23.0 软件进行数据录入与分析,主要包括统计描述、 t 检验、方差分析、Pearson 相关性分析及多元线性逐步回归分析($\alpha_{\text{入}}=0.05, \alpha_{\text{出}}=0.10$),检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 男护士体面劳动感与工作嵌入得分情况 见表 1。

表 1 男护士体面劳动感与工作嵌入得分情况

分, $\bar{x} \pm s$		
项目	总分	条目均分
体面劳动感	49.03±8.84	3.07±0.55
工作回报	12.14±1.75	3.04±0.44
工作岗位	7.98±2.47	2.66±0.82
职业发展	8.63±2.42	3.33±0.51
职业认可	9.37±2.50	3.12±0.83
工作氛围	10.99±2.29	3.66±0.76
工作嵌入	67.86±12.53	3.39±0.63
组织匹配	16.94±4.01	3.39±0.80
社区和谐	19.77±4.00	3.29±0.67
组织情感	17.29±3.52	3.46±0.70
职业牺牲	13.86±2.57	3.46±0.64

2.2 不同人口学特征男护士工作嵌入得分比较 见表 2。

2.3 男护士工作嵌入与体面劳动感的相关性 见表 3。

2.4 体面劳动对男护士工作嵌入影响的分层回归分析 以男护士工作嵌入总分为因变量进行分层回归分析,将单因素中有意义的因素作为自变量纳入第 1 层,第 2 层纳入体面劳动感总分。控制一般资料后,体面劳动感可解释 21.8%的工作嵌入变异。见表 4。

3 讨论

3.1 男护士体面劳动感状况分析 本研究结果显示,男护士体面劳动感得分为(49.03±8.84)分,低于宾永等^[13]对重症护士(53.83±5.06)的调查结果,略低于蔡方方等^[14]对急诊科护士(49.08±12.21)的调查结果,表明男护士体面劳动感处于较低水平。公众常因传统偏见、隐私等拒绝接受男护士^[15]。男护士也多被动选择该职业,在传统观念普遍认为男护士没前途、缺乏男子气概,以及在男性当医生、女性为护士观念的影响下,男护士面临着较大的性别压力;与女护士相比,男护士也缺乏患者及家属的认可与尊重,对女性患者实施护理操作时被遭到拒绝使得男护士对职业发展感到迷茫;社会关注不足及社会认可度

低等外在环境也导致男护士职业认同感下降,自尊心降低,导致男护士体面劳动感水平低于普通护士^[16-17]。

表 2 不同人口学特征男护士工作嵌入得分比较

项目	人数	得分($\bar{x} \pm s$)	t/F	P
年龄(岁)			1.942	0.146
21~	138	67.41±12.64		
31~	71	67.89±12.04		
41~50	6	77.67±13.81		
学历			5.072	0.007
大专及以下	13	59.31±6.98		
本科	174	69.05±12.40		
硕士及以上	28	64.39±13.47		
婚姻状况			5.121	0.025
未婚	116	66.11±12.39		
已婚	98	69.95±12.50		
离异*	1	65.00±0.00		
工作年限(年)			0.593	0.553
≤5	115	67.28±12.56		
6~10	57	67.63±12.47		
>10	43	69.70±12.65		
工作科室			0.589	0.708
内科	26	68.31±12.55		
外科	11	69.64±6.99		
ICU	101	67.74±12.62		
手术室	27	68.00±12.66		
急诊	29	69.83±13.52		
其他	21	64.00±13.23		
职称			0.556	0.575
护士	40	66.63±12.35		
护师	100	67.48±12.60		
主管护师及以上	75	69.01±12.60		
职务			8.274	<0.001
无	145	66.39±12.66		
带教老师	33	67.52±12.35		
小组长	25	68.96±7.47		
护士长及以上	12	84.17±8.29		
岗位性质			6.142	0.003
合同	85	66.22±12.46		
人事代理	123	68.21±12.16		
编制	7	83.00±10.55		
加班数(次/周)			5.213	0.006
≤2	131	69.86±12.09		
3	32	66.81±11.30		
≥4	52	63.44±13.34		
夜班数(个/月)			4.482	0.012
≤5	77	70.12±13.00		
6~10	86	68.41±10.42		
>10	52	63.60±14.11		
月收入(元)			5.212	0.002
<5000	23	66.52±11.45		
5000~	60	64.12±12.55		
8000~	50	66.36±13.08		
≥10000	82	71.88±11.51		
收入满意度			18.918	<0.001
非常不满意	28	57.29±10.57		
比较不满意	58	63.72±11.33		
一般	95	69.49±11.04		
比较满意	24	77.17±9.89		
非常满意	10	83.50±8.51		

注:离异人数仅 1 人,未纳入统计推断。

表3 男护士工作嵌入与体面劳动感知的相关性(*n* = 215)

项目	工作 回报	工作 岗位	职业 发展	职业 认可	工作 氛围	体面劳 动感知
组织匹配	0.432	0.318	0.301	0.552	0.740	0.693
社区和谐	0.330	0.317	0.171	0.514	0.598	0.560
组织情感	0.413	0.332	0.269	0.490	0.714	0.650
职业牺牲	0.343	0.144	0.215	0.467	0.530	0.526
工作嵌入	0.430	0.326	0.271	0.574	0.737	0.691

注:均 $P < 0.05$ 。

表4 男护士体面劳动感对工作嵌入影响的
分层回归分析(*n* = 215)

层次	自变量	β	SE	β'	<i>t</i>	<i>P</i>
第1层	常量	60.846	5.933	—	10.255	< 0.001
	学历	-1.333	1.843	-0.046	-0.723	0.470
	婚姻状况	-0.700	1.883	-0.003	-0.037	0.970
	职务	1.565	0.902	0.124	1.736	0.084
	岗位性质	-0.304	1.629	-0.013	-0.186	0.852
	加班数	-1.941	0.933	-0.131	-2.082	0.039
	夜班数	-1.390	1.034	-0.085	-1.344	0.180
	月收入	0.422	0.883	0.035	0.478	0.633
	收入满意度	5.245	0.909	0.416	5.768	< 0.001
	体面劳动感知	0.826	0.086	0.582	9.603	< 0.001
第2层	常量	25.220	6.178	—	4.082	< 0.001
	学历	-1.171	1.534	-0.040	-0.763	0.446
	婚姻状况	0.671	1.570	0.027	0.428	0.669
	职务	1.277	0.751	0.101	1.701	0.091
	岗位性质	-0.761	1.357	-0.033	-0.561	0.576
	加班数	-0.551	0.790	-0.037	-0.697	0.486
	夜班数	-0.215	0.870	-0.013	-0.247	0.805
	月收入	0.237	0.736	0.020	0.322	0.748
	收入满意度	1.762	0.839	0.140	2.099	0.037
	体面劳动感知	0.826	0.086	0.582	9.603	< 0.001

注:第1层 $R^2 = 0.297$, 调整 $R^2 = 0.269$; $F = 10.864$, $P < 0.001$ 。
第2层 $R^2 = 0.515$, 调整 $R^2 = 0.494$; $F = 24.178$, $P < 0.001$ 。 R^2 变化量为 0.218。学历赋值, 大专及以下 = 1, 本科 = 2, 硕士及以上 = 3; 婚姻, 未婚 = 1, 已婚 = 2; 职务, 无 = 1, 带教老师或小组长 = 2, 护士长及以上 = 3; 岗位性质, 合同 = 1, 人事代理 = 2, 编制 = 3; 加班数, ≤ 2 次 = 1, 3 次 = 2, ≥ 4 次 = 3; 夜班数, ≤ 5 个 = 1, 6 ~ 10 个 = 2, > 10 个 = 3; 月收入及收入满意度, 非常不满意 = 1, 比较不满意 = 2, 还可以 = 3, 比较满意 = 4, 非常满意 = 5; 体面劳动感为实际值。

本研究中工作氛围维度得分最高, 与有关研究^[18-20]结果一致。可能是由于男护士多从业于急诊、重症监护室、手术室, 所护理患者具有发病急、进展快、病情重等特点, 医护人员间需相互帮助、密切协作以应对突发事件, 无形中增强了男护士与科室人员的团结度与凝聚力, 同时凭借自身优势, 在工作环境中获得领导支持及同事尊重的满意度较高。工作岗位得分最低, 本研究所调查男护士年龄普遍较低, 工作年限短, 临床经验有限, 独立夜班工作过程中常会遇到各种棘手问题, 尚不能及时处理工作中的突发事件, 工作负担较大; 此外, 护理工作繁琐细致、服务性强, 工作环境拥挤、喧闹, 持续昼夜加班使其正常作息打乱, 睡眠质量下降, 且长期处于超负荷、高压力的恶性循环中, 使得男护士身心健康受到严重不良影响, 导致工作岗位体面感水平较低。因此, 社会各界应减

少对男护士的偏见, 男护士也应理性、客观地看待护理工作, 关爱患者, 通过提高护理水平赢得尊重与认可。本研究所调查男护士多为本科及以上学历, 医院管理者应逐步提升对男护士的重视程度, 根据护士执业等新形势, 给予男护士广阔的发展平台, 提高男护士的工作能力与专科水平; 同时加强与男护士的沟通, 根据患者流动率开展弹性排班, 合理安排夜班数, 优化值班制度, 增加人文关怀等缓解男护士的日常工作压力及疲乏感, 促进体面劳动感水平的提高。

3.2 男护士工作嵌入现状 本调查结果表明, 三甲综合医院男护士工作嵌入总分为 (67.86 ± 12.53) 分, 低于王思钰等^[21]、张蓉蓉等^[22]及杨玉美等^[23]对护士长、临床护士及专科护士的调查结果, 可能由于目前护理行业仍为女性所主导, 男护士职业成就感欠缺、心理压力较大等导致工作嵌入水平低于普通护士。本研究中组织情感与职业牺牲得分较高, 可能是由于男护士在工作中积极构建自己的社交圈, 同事关系较为融洽, 进而增加了在组织中的舒适度, 促进了个体组织情感水平的提高。职业牺牲指男护士因离职而遭受的各种损失, 由于护理岗位专业性较强, 就业选择范围窄, 灵活性低, 男护士根据自己爱好选择合适的职业受限, 一旦离开医院, 工作经验及专业职称等都将失去价值使得男护士职业牺牲水平得分较高。社区和谐得分最低, 男护士从业科室工作量繁重, 加班次数多, 工作时间长, 个人休闲娱乐时间较少, 且男性往往不善表达, 缺乏与邻里、社区等人员的互动, 社交受限; 也可能与医院周围交通拥挤、人员居住密集、缺乏生活设施及休闲活动场所等导致男护士对居住的社区环境不太满意有关。管理者应在关注男护士自我实现与职业发展外, 尽量缓解其角色压力; 开展灵活排班, 构建合理的薪酬激励机制, 增加晋升机会, 使其对职业充满信心。研究表明, 良好的同事关系、融洽的邻里关系均有助于增加护士的工作嵌入程度^[24]。医院领导与社区相关部门可联合建立休闲活动中心等改善社区居住环境, 鼓励男护士积极参与社区活动, 增加社区参与度及融入度, 进而提高工作嵌入程度。

3.3 体面劳动感对男护士工作嵌入的影响 本研究结果显示, 在控制一般资料的影响后, 体面劳动感可独立解释 21.8% 工作嵌入的变异, 且两者呈正相关, 即男护士体面劳动感水平越高, 工作嵌入程度越强。体面劳动感反映了男护士对工作发展空间等的认可度, 当男护士享有满意的工作回报、积极向上的工作氛围、良好的工作环境及广阔的职业发展空间时, 能够获得更多展示自身才能的机会, 增加工作成就感及对工作氛围、医院组织文化、管理方式的认可, 从而激发工作热情、促进个体全身心地投入到工作中, 提高其组织匹配与组织情感, 增强工作嵌入程度。反之,

则会影响男护士体面劳动感水平,若该状况长期未得到解决,男护士会逐渐对护理工作感到失望,导致工作嵌入水平低下。因此,护理领导应关注男护士的需求,增加对男护士的关心,对男护士的工作业绩给予认可与鼓励,适当授权,明确职业发展路径,营造互相尊重的工作氛围,增加男护士对工作岗位、工作氛围及工作回报的体面感知水平,帮助其获得较好的职业成长与发展,实现个人目标,增加工作满意度与工作嵌入程度。男护士也应主动与同事建立良好的人际关系,转变观念,找到工作与生活的平衡点,增强自身对护理工作的认同感及工作嵌入水平。本研究结果亦显示,加班数及收入满意度是影响男护士工作嵌入程度的影响因素。工资收入在提供生活保障的同时,也能增加男护士的职业认同感,常被作为基础标准衡量体面劳动水平,工作年限越长则薪资水平越高,较高的工资收入能够有效提升护士的工作满意度,增加对工作的投入程度^[25-26]。工作时间长、加班多则会导致男护士身体疲劳及精神匮乏,严重影响工作效率。因此,护理管理者应完善绩效管理体系,弹性排班,控制加班数,减轻男护士的身体与精神的疲乏感,提高其工作嵌入水平。

4 小结

本研究显示,男护士体面劳动感与工作嵌入水平均有待提升,且两者密切相关。男护士在护理工作中被迫切需要,但发展过程中面临着众多机遇与挑战。管理者应构建良好的工作氛围,提供职业规划指导、职级晋升等机会,使男护士全身心地投入到护理工作中,提高男护士的体面劳动感,从而提高其工作嵌入水平,进而促进护理事业的发展。本研究样本仅来自郑州市 5 所三甲综合医院,纳入的影响因素较少,可能代表性不足。今后可对多个地区、不同层级医院男护士开展大样本调查,结合质性或纵向研究更深入地了解男护士体面劳动感与工作嵌入现状及相关因素,为促进男护士在护理行业的发展提供参考。

参考文献:

- [1] 姚秀钰,程良,杨磊.我国男护士执业现状和职业认知的调查分析[J].中国护理管理,2020,20(8):1232-1235.
- [2] 周航,马芳,张艺,等.男护士临床工作体验的系统评价[J].中华护理杂志,2021,56(4):596-603.
- [3] 侯向华,张学长,孙丹丹,等.我国男护士心理契约与工作投入的相关性研究[J].中国护理管理,2020,20(9):1390-1395.
- [4] Zhang H, Tu J. The working experiences of male nurses in China: implications for male nurse recruitment and retention[J]. J Nurs Manag, 2020, 28(2): 441-449.
- [5] 张德芬,陈妮,周成莉,等.泸州市 5 所三级甲等医院男护士逆境商现状及影响因素分析[J].护理学杂志,2020,35(5):69-71.
- [6] 闫燕,林恩忠,卿涛,等.体面劳动研究现状,整合与未来

- 展望[J].中国人力资源开发,2019,36(11):93-109.
- [7] 桂江峰.中国体面劳动水平及影响因素分析[J].呼伦贝尔学院学报,2017,25(6):38-47,22.
- [8] Hopson M, Petri L, Kufera J. A new perspective on nursing retention: job embeddedness in acute care nurses [J]. J Nurses Prof Dev, 2018, 34(1): 31-37.
- [9] Yamin M A. Paternalistic leadership and job embeddedness with relation to innovative work behaviors and employee job performance: the moderating effect of environmental dynamism[J]. Front Psychol, 2022, 13: 759088.
- [10] 余遥,魏小龙,陈晶.麻醉科护士工作嵌入现状及相关因素分析[J].护理学杂志,2022,37(3):35-38.
- [11] 毛冠凤,刘伟,宋鸿.体面劳动感知研究:量表编制与检验[J].统计与决策,2014(14):86-89.
- [12] 钱英.三级医院护士留职策略研究[D].杭州:浙江大学,2017.
- [13] 宾永,郭阿茜,张红林,等.ICU 护士职场偏差行为与体面劳动感知的相关性研究[J].全科护理,2022,20(1):115-118.
- [14] 蔡方方,栗文娟,黄志红,等.急诊科护士体面劳动感知现状及影响因素研究[J].护理学杂志,2022,37(16):47-50.
- [15] 胡芬,李朝阳,王玲,等.三级医院男护士人文关怀能力及影响因素调查[J].护理学杂志,2020,35(5):63-65.
- [16] Xian M, Zhai H, Xiong Y, et al. The role of work resources between job demands and burnout in male nurses [J]. J Clin Nurs, 2020, 29(3-4): 535-544.
- [17] Zou Y, Wang H, Chen Y, et al. Factors influencing quality of life and work of male nurses in Hainan province: logistic regression analysis[J]. Am J Transl Res, 2022, 14(4): 2367-2375.
- [18] 安晓红,刘洋,李晓英,等.儿科护士体面劳动感现状及影响因素分析[J].中华现代护理杂志,2021,27(3):309-315.
- [19] 赵梦楼.实习护生体面劳动感知现状及影响因素研究[J].全科护理,2022,20(3):410-413.
- [20] 周映如,倪兴梅,王敏,等.重症监护室护士体面劳动感现状的调查研究[J].临床护理杂志,2021,20(3):9-12.
- [21] 王思钰,刘昊,吕冬梅,等.护士长工作嵌入、组织承诺与角色绩效的关系研究[J].中国医院管理,2019,39(7):66-68.
- [22] 张蓉蓉,肖泽梅.临床护士工作嵌入现状及影响因素研究[J].护理管理杂志,2022,22(1):58-62,71.
- [23] 杨玉美,李艳双,林峰,等.手术室专科护士工作嵌入与留职意愿相关性研究[J].护理管理杂志,2016,16(8):578-580.
- [24] Zhou X, Wu Z, Liang D, et al. Nurses' voice behaviour: the influence of humble leadership, affective commitment and job embeddedness in China[J]. J Nurs Manag, 2021, 29(6): 1603-1612.
- [25] 王安龙,吴婉英,崔鸣欧.浙江省男护士人文执业能力调查及影响因素分析[J].护理学杂志,2021,36(7):85-87.
- [26] 余程宏,鞠梅,朱小霞,等.临床护士职业尊重感现状及影响因素研究[J].护理学杂志,2022,37(7):55-57.

(本文编辑 吴红艳)

• 心理护理 •
• 论 著 •

感知觉信息支持干预对剖宫产初产妇术前不良情绪的影响

曾铁英^{1,2}, 刘天昂², 张可², 刘园园³, 袁梦梅¹, 杨凌艳³, 刘莉³

摘要:目的 探讨感知觉信息支持干预对剖宫产初产妇术前不良情绪的影响。方法 采用整群随机法,将 4 个产科病区拟行择期剖宫产的初产妇 100 例按病区分为两组各 50 例。对照组接受剖宫产常规术前教育,干预组在对照组基础上于术前 1 d 实施感知觉信息支持干预。结果 两组各 46 例完成研究。干预后干预组恐惧程度、术前焦虑与信息需求得分显著低于对照组和本组干预前(均 $P<0.05$)。结论 感知觉信息支持干预可降低剖宫产初产妇术前恐惧和焦虑水平,满足其信息需求。

关键词:初产妇; 剖宫产; 恐惧; 焦虑; 感知觉信息支持; 健康教育; 信息需求

中图分类号:R473.71 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2023.06.092

Effect of sensory information support on negative emotions of primipara before cesarean section Zeng Tieying, Liu Tian'ang, Zhang Ke, Liu Yuanyuan, Yuan Mengmei, Yang Lingyan, Liu Li. Department of Nursing, Tongji Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430030, China

Abstract: **Objective** To explore the effect of sensory information support on negative emotions of primiparas before cesarean section. **Methods** Using cluster randomization, 100 primiparous women from 4 obstetric wards requiring cesarean section were divided into a control group and an intervention group, each of 50. Both groups received routine preoperative education for cesarean delivery, while the intervention group was additionally provided with sensory information support one day before the surgery. **Results** Forty-six cases in both groups completed the study. After the intervention, the levels of fear, preoperative anxiety, and information needs in the intervention group were significantly lower than baseline, and also lower than the control group (all $P<0.05$). **Conclusion** Sensory information support can reduce fear and anxiety before cesarean section, and meet the information needs of primiparas.

Key words: primipara; cesarean section; fear; anxiety; sensory information support; health education; information needs

根据文献报道,2008~2018 年我国剖宫产率逐年上升,至 2018 年已达 36.7%,远高于世界卫生组织建议的 15%的剖宫产率标准^[1]。剖宫产会对产妇造成医疗伤害,能够引发产妇一系列情绪反应(如焦虑、恐惧等),且这些情绪反应在择期剖宫产初产妇中表现更为明显^[2-3]。研究表明,初产妇对剖宫产术前信息的需求水平高^[4],术前信息支持能够缓解患者对手术的情绪应激反应^[5]。然而传统的术前信息支持往往只简要介绍手术步骤和产妇注意事项等,忽视了产妇对手术其他方面的信息需求。感知觉信息支持是将患者在医疗过程中可能会经历的身体感觉信息提前告知患者,包括视觉、听觉、触觉等所获得的对客观事物的感受,使患者对未来医疗操作过程中将要经历的感觉有所准备^[6]。感知觉信息支持在国外研究领域应用广泛^[7-8],国内学者将其应用于胃镜检查术前,能够有效缓解患者的焦虑程度^[9]。本研究通过术前

对剖宫产初产妇提供感知觉信息支持,以有效减轻剖宫产初产妇术前不良情绪和改善剖宫产手术体验,报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 以整群随机抽样法抽取我院产科 4 个病区为抽样单位,采用抽签法将 4 个病区分为干预组与对照组各 2 个病区,选取 2021 年 11 月至 2022 年 1 月在 4 个病区拟行择期剖宫产的初产妇作为研究对象。产妇纳入标准:①择期剖宫产,手术等待期>2 d;②年龄>20 岁;③孕周≥37 周;④初产且为单胎妊娠;⑤具有正常的阅读和理解能力;⑥知情同意且自愿参与本研究。排除标准:①严重妊娠合并症或并发症,如心脏病心功能Ⅱ级以上、妊娠期高血压等;②存在精神疾病或有智力障碍。剔除标准:①急诊剖宫产或剖宫产转顺产;②要求退出研究。本研究经医院伦理委员会批准(TJ-IRB20210947)。样本量计算采用两样本均数比较估计公式: $n_1 = n_2 = 2 \times [(t_{\alpha/2} + t_{\beta}) \times \sigma / \delta]^2$, α 取 0.05(双侧), $\beta = 0.2$,本研究以焦虑评分为研究主要结局指标计算样本量,由 10 例预试验得出 $\delta = 3$, σ 为 4.75,代入公式计算样本量为 39 例,考虑 10%~20%样本流失率,每组至少 43 例。纳

作者单位:华中科技大学同济医学院附属同济医院 1. 护理部 3. 妇产科(湖北 武汉,430030);2. 华中科技大学同济医学院护理学院
曾铁英:女,博士,主任护师,护理部副主任,984451641@qq.com
科研项目:国家自然科学基金面上项目(71974061)
收稿:2022-09-12;修回:2022-11-06

入符合标准的初产妇 100 例,对照组和干预组各 50 例。研究过程中对照组剔除 4 例(急诊剖宫产 3 例、剖宫产转顺产 1 例),干预组剔除 4 例(急诊剖宫产 1 例、剖宫产转顺产 2 例、中途退出研究 1 例),最终纳入 92 例,两组各 46 例。两组一般资料比较,见表 1。

表 1 两 组 一 般 资 料 比 较

组别	例数	年龄	孕周	文化程度[例(%)]		职业[例(%)]		
		(岁, $\bar{x}\pm s$)	(周, $\bar{x}\pm s$)	高中及以下	大专及以上	事业单位	工人	其他
对照组	46	31.70±3.38	38.28±1.07	8(17.39)	38(82.61)	14(30.43)	15(32.61)	17(36.96)
干预组	46	30.46±3.91	38.39±1.04	3(6.52)	43(93.48)	13(28.26)	20(43.48)	13(28.26)
统计量		$t=1.627$	$t=1.112$	$\chi^2=1.598$		$\chi^2=1.285$		
P		0.107	0.910	0.110		0.526		

组别	例数	医保类型[例(%)]			家庭人均月收入[例(%)]				妊娠合并症
		职工医保	城乡医保	其他	<5000 元	5000~元	8000~元	>10000 元	[例(%)]
对照组	46	33(71.74)	11(23.91)	2(4.35)	4(8.70)	10(21.74)	11(23.91)	21(45.65)	9(19.57)
干预组	46	37(80.43)	7(15.22)	2(4.35)	9(19.56)	12(26.09)	8(17.39)	17(36.96)	6(13.04)
统计量		$\chi^2=1.117$			$Z=-1.416$				$\chi^2=0.717$
P		0.572			0.157				0.397

1.2 方法

1.2.1 干预方法

对照组接受剖宫产常规术前教育及信息支持。术前 1 d 手术室护士访视产妇,通过口头宣教和发放自制剖宫产程序信息手册为产妇介绍剖宫手术流程、时长、术前注意事项等(包括术前禁食禁饮时间、更衣时间);责任护士介绍术前需备物品、术后饮食须知等信息。干预组在常规术前信息支持基础上实施感知觉信息支持干预,感知觉信息内容的制订与实施如下。

1.2.1.1 组建研究团队 研究团队成员共 8 名,包括 1 名护理部管理者、1 名产科科护士长、1 名产科手术室护士、2 名产科医生、1 名麻醉师(均有 10 年以上工作经验)、2 名护理研究生。研究团队负责研究设计、问卷和剖宫产手术感知觉信息内容的制订等;其中 2 名护理研究生还负责文献检索、手术室实地观察和访谈、干预前信息的收集、干预的实施和数据分析。

1.2.1.2 剖宫产感知觉信息手册内容的构建 首先

通过文献回顾和对 3 例初产妇剖宫产围手术期的跟踪观察和访谈,初步确定产妇剖宫产术前、术中和术后可能出现异样感觉和不适感觉的时间节点以及感知觉访谈问题,随后通过研究团队的专题小组讨论对相应节点及访谈问题进行修订,最终确立的调查时间节点分别为术前 6 个、术中 7 个、术后 1 个,涵盖留置尿管、术前麻醉、皮肤消毒、切开腹部皮肤、抽吸羊水、取出胎儿、娩出胎盘、手术缝合等关键节点。最终确立的访谈问题主要包括以下 3 个:①您目前有何不适吗?②您现在是什么样的感觉?③这种不适是否可以忍受?研究者在上述 14 个时间节点和初产妇出现皱眉等表情改变时对产妇进行现场询问,在访谈 26 例剖宫产初产妇后,不再出现新的感知觉,又访谈了 2 例产妇,资料经双人核查整理后形成初步感知觉信息手册,又经研究团队 2 轮小组讨论和 2 例初产妇初步验证,形成最终版剖宫产感知觉信息手册内容,见表 1。手册配有温馨图片并以粉色彩纸打印。

样表 1 剖宫产产妇感知觉信息手册内容

手术阶段	节点	内 容
术前	准备时	护士会为您备皮、留置尿管;备皮时您可能会有痒痒的感觉;留置尿管时您可能会有胀感或便意,但很快就会缓解。还会为您进行心电监护,开放静脉通路;此时,上心电监护时会将电极片贴在皮肤上,不会有痛感;进针时会稍有疼痛。医生会为您听诊胎心,了解胎儿情况;您会听到宝宝心脏有力的搏动声。
	麻醉时	麻醉医生为您摆放麻醉体位;您可能会有点累,但您一定保持不动哦!紧接着,会为您进行麻醉;麻醉进针会疼一下,随后下半身会有暖暖的发热感,双腿会有肿胀和麻木的感觉,但胀感很快消失,麻木感持续存在,医生用针刺皮肤时,您都不会觉得疼痛,不过您不必担心,这都是麻醉后正常表现。
	消毒时	麻醉完成后,医生为您消毒皮肤,铺手术巾;您会感觉消毒液凉凉的,手术就要开始了。
术中	手术开始时	医生给您打开腹部和子宫;开始可能会有轻微划皮肤的感觉,但不会感受到任何疼痛。吸出羊水;您能听到抽吸羊水声。
	取宝宝时	为您取出宝宝时,腹部可能会有按压和拉扯感;宝宝取出后,可能会有轻微酸胀不适感,不过,您可能不会太难受,因为宝宝的啼哭声会让您感觉极大的心安!告知您宝宝性别、出生时间;您会看到宝宝可爱的模样。
	和宝宝接触时	助产士将宝宝和您进行肌肤接触;当接触到宝宝细嫩的皮肤,您可能会有些不适应,但很快会被初为人母的幸福感淹没。
	取胎盘时	医生会为您取出胎盘;此时按压感会较之前明显。
术后	缝合时	最后为您缝合手术切口,手术全程大概持续 1 h 左右;缝合切口过程中,牵拉、按压感较明显,不过可以忍受。
		您一般会带着镇痛泵,在医生和护士的陪护下回到病房;一般来说,您腹部以下皮肤的感知觉会在 4~6 h 逐渐恢复,如果使用镇痛泵,此后的疼痛感也不会太明显。

1.2.1.3 剖宫产感知觉信息支持干预 由研究团队中的 1 名护理研究生于术前 1 d 在病房对初产妇进行感知觉信息支持干预;在了解初产妇和胎儿的基本情况后,将感知觉信息手册发放给初产妇,对每个时间点的感知觉进行讲解,让初产妇充分了解每个节点的信息,对产妇关注的问题,如注射麻醉药后的胀感和麻木感,打开腹部和子宫的感受,取出宝宝时的牵拉感进行重点讲解。对初产妇的疑惑之处耐心解答,干预时长 30~40 min。

1.2.2 评价方法

1.2.2.1 评价指标 ①健康观点调查信息分量表。由 Krantz 等^[10]编制,中文版由 Liu 等^[9]汉化。由 7 个条目组成,各条目以同意或不同意评级,同意计 1 分,不同意计 0 分,得分越高,表明患者在医疗保健情境中对信息的偏好越高。得分 4~7 为信息寻求者,0~3 为信息回避者。汉化版量表的 Cronbach's α 系数为 0.65。②手术恐惧量表(Surgical Fear Questionnaire, SFQ)。由 Theunissen 等^[11]研制,中文版由吴军等^[12]汉化。包括 2 个维度,即对手术短期后果的恐惧和对手术长期后果的恐惧,每个维度有 4 个条目。每个条目计 1~10 分,总分 0~80 分,分数越高,术前恐惧程度越重。中文版 Cronbach's α 系数为 0.922。③阿姆斯特丹术前焦虑与信息需求量表(Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale, APAIS)。由 Moerman 等^[13]编制,中文版由乐霄^[14]汉化。包括焦虑和信息需求 2 个维度,其中焦虑又分为对麻醉的焦虑和对手术的焦虑,共 6 个条目,采用 5 级评分,总分 0~80 分,分值越高表明产妇焦虑

程度和信息需求程度越高。量表及各维度的 Cronbach's α 系数均在 0.8 以上。

1.2.2.2 资料收集方法 术前 1 d(干预前),由研究团队中的 1 名护理研究生,采用产妇一般资料调查表、手术恐惧量表、阿姆斯特丹术前焦虑与信息需求量表收集干预前资料。术日晨和术后第 2 天由不参与干预的责任护士,分别采用手术恐惧量表、阿姆斯特丹术前焦虑与信息需求量表收集干预后资料。所有问卷采用统一指导语,当场发放并回收,均有效回收。

1.2.3 统计学方法 采用 EpiData3.1 进行双人录入并核对,使用 SPSS20.0 软件对数据进行统计分析,行 χ^2 检验、秩和检验、 t 检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 初产妇对信息的偏好 本研究中,92 例初产妇的信息偏好得分 3~7(5.53 $\pm$ 1.12)分,98.91%的初产妇为信息寻求者,信息回避者占 1.09%。

2.2 两组干预前后手术恐惧评分比较 见表 2。

分, $\bar{x} \pm s$					
组别	例数	干预前	干预后	t	P
对照组	46	47.09 $\pm$ 15.04	46.69 $\pm$ 16.86	0.411	0.683
干预组	46	40.46 $\pm$ 17.63	32.73 $\pm$ 16.00	5.115	<0.001
t		1.941	4.072		
P		0.055	<0.001		

2.3 两组干预前后术前焦虑与信息需求评分比较 见表 3。

表 3 两组干预前后术前焦虑与信息需求评分比较									
组别 例数		焦虑				信息需求			
		干预前	干预后	Z	P	干预前	干预后	Z	P
对照组	46	9.00(7.00,12.25)	10.00(8.00,12.25)	-1.538	0.124	5.00(4.00,7.00)	5.25(4.00,7.25)	-1.889	0.059
干预组	46	9.00(6.00,12.00)	8.00(6.00,11.00)	-2.127	0.033	6.00(4.00,7.00)	4.50(4.00,6.00)	-3.503	<0.001
Z		-0.584	-2.764			-1.183	-2.376		
P		0.559	0.006			0.237	0.018		

3 讨论

3.1 对初产妇信息支持的必要性 本研究中,92 例初产妇的信息偏好得分为(5.53 $\pm$ 1.12)分,98.91%的初产妇为信息寻求者,说明初产妇行剖宫产术前获取信息的欲望强烈,这也是本研究对剖宫产初产妇实施感知觉信息支持的依据。此外,本研究发现两组初产妇干预前手术恐惧评分接近 50 分,焦虑评分中位数为 9 分,显著高于肝癌切除手术患者的手术恐惧得分^[15],以及择期手术患者的术前焦虑水平^[16]。说明初产妇手术恐惧及焦虑得分高于其他手术人群,原因可能与剖宫产手术关系到母子平安,产妇心理负担更重有关。剖宫产本身是一种有创性手术,产妇有一定

的恐惧和焦虑情绪是人在应激情况下的一种正常反应,但过度的恐惧和焦虑等不良情绪则不利于产妇的快速康复。提示要重视剖宫产择期手术初产妇的术前信息支持^[17],让产妇全面、真实了解手术相关情况,满足其信息需求,尽可能消除她们的顾虑,提高认知和应对能力,改善其不良情绪。

3.2 感知觉信息支持对术前不良情绪的影响 表 2、表 3 显示,干预后干预组手术恐惧、焦虑与信息需求评分显著低于本组干预前和对照组(均 $P<0.05$)。对照组接受常规围术期健康教育,接受的信息缺乏感知觉,难以产生代入感,干预后的恐惧、焦虑心理与干预前相当,可见常规的健康教育在缓解手术相关消极

情绪方面存在局限性。本研究构建的剖宫产感知觉信息手册除手术过程信息等常规内容外,还包含整个手术中的触觉、听觉、视觉和运动觉等不同的感知觉,如胀感、麻木感、牵拉感、按压感等触觉,抽吸羊水声、宝宝的啼哭声等听觉,并有“初为人母的幸福感”“疼痛感也不会太明显”等真实的安慰性语言和文字说明,这些感知觉让初产妇对即将面临的剖宫产了然于心,对每个节点将要进行的操作和伴随而来的感知觉有心理准备,能有效减轻产妇因对剖宫产未知而产生的焦虑和恐惧心理^[18-19]。

4 小结

本研究结果显示,感知觉信息支持能够有效缓解初产妇剖宫产手术恐惧、焦虑等不良情绪,满足其对信息的需求。感知觉信息支持作为一种实施方便的手术前教育方法,具有较好的临床应用前景。由于本研究样本量较小,仅局限于剖宫产初产妇,未来将进一步扩大样本量,拓展应用人群,同时将感知觉信息内容与信息技术如虚拟现实技术等充分融合,并长期跟踪其对产妇再次妊娠意愿的效果等,进一步证实研究效果。

参考文献:

- [1] Li H T, Hellerstein S, Zhou Y B, et al. Trends in Cesarean delivery rates in China, 2008—2018[J]. JAMA, 2020,323(1):89-91.
- [2] Olieman R M, Siemonsma F, Bartens M A, et al. The effect of an elective Cesarean section on maternal request on peripartum anxiety and depression in women with childbirth fear: a systematic review[J]. BMC Pregnancy Childbirth, 2017,17(1):195.
- [3] Schaal N K, Fehm T, Wolf O T, et al. Comparing the course of anxiety in women receiving their first or repeated Cesarean section: a prospective cohort study[J]. Women Birth, 2020,33(3):280-285.
- [4] 谭彩姬,郭海玲,郭衬好,等.微信小程序在择期剖宫产术前访视中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2020,26(8):113-115.
- [5] 刘继君.围生期健康教育对剖宫产产妇分娩后疼痛、负面情绪及主观幸福感的影响[J]. 中国妇幼保健, 2018,33(6):1213-1215.
- [6] Freeman S C, Scott N W, Powell R, et al. Component network meta-analysis identifies the most effective components of psychological preparation for adults undergoing surgery under general anesthesia[J]. J Clin Epidemiol, 2018,98:105-

- 116.
- [7] O'Connor M, Waller J, Gallagher P, et al. Exploring women's sensory experiences of undergoing colposcopy and related procedures: implications for preparatory sensory information provision[J]. J Psychosom Obstet Gynecol, 2016,37(4):137-146.
- [8] Regan J, Frison E, Collin F, et al. Individualised sensory intervention to improve quality of life in people with dementia and their companions (SENSE-Cog trial): study protocol for a randomised controlled trial[J]. Trials, 2019,20(1):80.
- [9] Liu Y Y, Liu Y Q, Petrini M A. Effect of information of patients coping style on pregastroscopy anxiety[J]. Gastroenterol Nurs, 2018,41(1):47-58.
- [10] Krantz D S, Baum A, Wideman M. Assessment of preferences for self-treatment and information in health care[J]. J Pers Soc Psychol, 1980,39(5):977-990.
- [11] Theunissen M, Jonker S, Schepers J, et al. Validity and time course of surgical fear as measured with the Surgical Fear Questionnaire in patients undergoing cataract surgery[J]. PLoS One, 2018,13(8):e201511.
- [12] 吴军,朱俊玲.外科手术恐惧问卷的汉化及其在武汉市某三甲医院乳甲外科择期手术患者中的信效度检验[J]. 医学与社会, 2019,32(11):65-68.
- [13] Moerman N, van Dam F S, Muller M J, et al. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS)[J]. Anesth Analg, 1996,82(3):445-451.
- [14] 乐霄.术前等待间手术患者术前焦虑和信息需求现况调查及影响因素[D]. 武汉:华中科技大学, 2017.
- [15] 唐雯桢,王继龙,邱洁净,等.肝癌切除术前患者焦虑和恐惧状况及其影响因素分析[J]. 中国临床研究, 2021,34(8):1140-1144.
- [16] 张旭彤,王秀丽,张妍,等.术前准备间病人焦虑状况与围术期血糖变化的相关性研究[J]. 循证护理, 2022,8(5):701-704.
- [17] 张颖,周立.住院择期手术患者术前访视信息需求的质性研究[J]. 护理学杂志, 2010,25(18):45-47.
- [18] Alvarez R P, Chen G, Bodurka J, et al. Phasic and sustained fear in humans elicits distinct patterns of brain activity[J]. Neuroimage, 2011,55(1):389-400.
- [19] Buodo G, Novara C, Ghisi M, et al. Posttraumatic and depressive symptoms in victims of occupational accidents[J]. Depress Res Treat, 2012;184572.

(本文编辑 赵梅珍)

积极心理学培训对重度工作压力护士的影响

李方勤^{1,2}, 邢琳琳¹, 范玲¹

摘要:目的 探讨线上积极心理学理论学习与线下实践应用对临床护士工作压力及健康的影响。方法 将 101 名重度工作压力护士按照院区分为对照组 50 名和试验组 51 名。对照组实施常规心理支持,试验组在常规心理支持的基础上增加线上积极心理学课程学习与线下实践应用,干预时间为 12 周。干预前后对两组护士采用护士工作压力源量表和康奈尔健康问卷进行调查。结果 干预后试验组护士的工作压力总分及其各维度评分显著低于对照组,心理健康得分显著低于对照组(均 $P < 0.05$)。结论 线上积极心理学理论学习与线下实践可缓解临床护士工作压力,改善其心理健康。

关键词:护士; 工作压力; 积极心理学; 心理健康; 线上学习; 培训; 心理干预

中图分类号:R47;R192.6 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2023.06.096

Effects of positive psychology training in nurses with severe work stress Li Fangqin, Xing Linlin, Fan Ling. Nursing Department, Shengjing Hospital, China Medical University, Shenyang 110004, China

Abstract: **Objective** To explore the effect of online learning and offline practice of positive psychology on work stress and health of clinical nurses. **Methods** A total of 101 nurses with severe work stress were divided into a control group ($n=50$) and an experimental group ($n=51$) according to branches of hospital where they work. Both groups received routine psychological support, while the experimental group was additionally provided with online training of positive psychology and offline practice for 12 weeks. The Work Stressors for Nurses and the Cornell Medical Index were utilized to survey before and after the intervention. **Results** After the intervention, the total work stress score and scores of all dimensions of the experimental group were significantly lower than the control group, and the mental health score was also significantly lower than the latter (all $P < 0.05$). **Conclusion** Online learning and offline practice of positive psychology can relieve work stress of clinical nurses and improve their mental health.

Key words: nurses; work stress; positive psychology; mental health; online learning; training; mental intervention

护士工作的环境、服务的人群、有限升职空间以及超负荷的工作量和工作时间等,使得护士已被认为是高压职业人群^[1]。长期的慢性压力会导致焦虑、共情疲劳、头痛等亚健康状态^[2],也增强了护士的离职意愿^[3]。积极心理学的概念由 Seligman 等^[4]在 2000 年正式提出,它与传统心理学最大的区别在于通过激发人的积极情绪、发挥个性优势和建立积极关系来减轻心理问题,并非仅针对某一负性心理进行治疗干预^[5]。国外研究发现,积极心理学不仅可缓解护士的工作压力^[6],还能增加护士的幸福感,减少抑郁症状^[7-8]。近年来,我国也开始研究积极心理学对医学生和不同职业人员的干预效果^[9-10],对护士工作压力的实证性研究也逐渐增多^[11]。鉴于护理信息化发展和护士工作性质,本研究设计线上积极心理学理论学习和线下实践应用相结合的干预模式,探讨该干预模式对临床护士工作压力和健康状况的影响,以期护理管理者改善护士群体的身心健康提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 于 2020 年 3~5 月,向全院护士发送中

作者单位:1. 中国医科大学附属盛京医院护理部(辽宁 沈阳,110004);

2. 四川大学华西医院小儿外科

李方勤:女,硕士,护士

通信作者:范玲, fanl@sj-hospital.org

科研项目:辽宁省科学技术计划项目(2018225005)

收稿:2022-09-02;修回:2022-11-14

国护士工作压力源量表^[12]的问卷星链接收集数据,筛选出工作压力程度为重度的临床护士作为研究对象。纳入标准:具有护士执业证书且工作满 1 年的临床护士;重度工作压力者,即中国护士工作压力源量表^[12]调查得分为 106~140 分;知情同意。排除标准:有恶性肿瘤和精神病等严重疾病;既往接受过或正在接受有关积极心理学课程学习;近 3 个月有计划休产假、外出学习等不能在现职位工作。剔除标准:在研究过程中因病假等未能完成 50% 干预任务者。本研究已通过中国医科大学附属盛京医院伦理委员会批准(2020PS708K)。纳入研究对象 101 名,为防止沾染,采用抛硬币法进行随机分组,分为对照组(一院区)50 名和试验组(二院区)51 名。两组一般资料比较,见表 1。

1.2 方法

1.2.1 干预方法

对照组实施常规心理支持,如心理健康讲座、护士长的关爱和心理疏导。试验组在常规心理支持的基础上增加线上积极心理学课程学习与线下实践应用。具体如下。

1.2.1.1 组建研究团队 积极心理学干预小组由 8 名成员组成。心理科医生 1 人,博士,负责团队成员的积极心理学理论知识培训和实践运用指导;指导教师 1 人,博士生导师,负责积极心理学干预研究的整体把控;护士 5 人,本科及以上学历,均取得国家二级

心理咨询师证且具有丰富的心理干预经验,负责为研究对象提供心理咨询服务;护理硕士研究生 1 人,负责干预方案的执行和研究对象疑问的解答。

表 1 两组一般资料比较

组别	人数	性别(人)		年龄	工龄	科室(人)				文化程度(人)	
		男	女	[岁, $M(P_{25},P_{75})$]	[年, $M(P_{25},P_{75})$]	内科	外科	手术室	其他	专科	本科及以上
对照组	50	3	47	32(30,35)	9(7,12)	9	16	7	18	4	46
试验组	51	6	45	32(29,34)	8(6,12)	17	20	7	7	1	50
统计量		$\chi^2=0.445$		$Z=1.269$	$Z=0.723$	$\chi^2=7.737$				$\chi^2=0.884$	
<i>P</i>		0.505		0.205	0.470	0.052				0.347	

组别	人数	职称(人)			职务(人)		月收入(人)			婚姻状况(人)		工作性质(人)	
		护士	护师	主管护师	护士	护士长	<6000 元	6000~9000 元	>9000 元	已婚	未婚	长白班	倒夜班
对照组	50	6	38	6	49	1	9	27	14	39	11	14	36
试验组	51	4	45	2	49	2	16	18	17	39	12	16	35
统计量		$Z=-0.449$			—		$Z=-0.489$			$\chi^2=0.034$		$\chi^2=0.138$	
<i>P</i>		0.654			1.000		0.625			0.855		0.711	

1.2.1.2 制订干预方案 选择 3 个板块,即积极人格、积极情绪和积极关系,选择互联网上公开的彭凯平教授“积极心理学”系列课程视频作为线上学习的主题内容,根据每周的学习内容布置与之相应的线下实践任务。每个板块选择相应的 4 个主题,共 12 个主题作为本研究的学习内容。经小组商议确定,每周持续干预 1 个主题,共干预 12 周,具体干预方案见表 2。

表 2 线上积极心理学理论学习与线下实践应用模式具体方案

板块	时间	主题	线上理论学习(视频)	线下实践打卡任务
积极人格	第 1 周	积极心理资源	①为什么要学习积极心理学;②积极自我介绍	积极自我介绍,讲述一个“最佳的我”的故事,并说明它体现了自己什么优势
	第 2 周	品格优势	①为什么要研究品格优势与美德;②品格优势与美德体系	结合 24 种优势品格和积极自我介绍找出自己的品格优势,并讲述这些品格优势曾经怎么帮助了自己
	第 3 周	发挥品格优势	①品格优势与传统文化;②标志性优势;③怎样发挥优势	发挥自己的品格优势每周做三件好事,并记录(在之后的干预中需要一直做下去)
	第 4 周	坏事	①消极情绪的作用;②负面情绪过多的坏处;③如何消解过多的负面情绪	写下自己经历过的怨恨和痛苦的感受,以及它们对工作的影响
积极关系	第 5 周	宽容	①宽恕;②积极情绪的好处	写一封宽恕信,不一定需要让他/她知道,只是对自己的一个交代,先描述事情对你当时的打击,以及至今的伤害,最后写表示宽恕,可以不分析他/她的行为和动机
	第 6 周	感恩	感恩	感恩拜访,写一封感谢你之前未表达感谢或未充分表达感谢的信给他/她,详细列出感谢的理由,约个时间念给他/她听,或者电话念给他/她听
	第 7 周	别人的品格优势	①发现别人的优势;②优势教养	选一个你身边的人,介绍一件最能体现他/她闪光点的事情,并总结这个事情中他/她的优势或者品格
	第 8 周	正面沟通	积极主动式沟通	对别人的好事做出积极主动的回应,也可以主动询问别人最近发生的好事,并进行正面沟通
积极情绪	第 9 周	知足和完美	避免完美主义	总结提高满足感的方法,并设计一项个人满足计划,如在郁闷时要表现得更快快乐
	第 10 周	乐观和希望	①为什么要乐观;②习得性乐观	回顾一件发生在自己身上的塞翁失马、因祸得福的事情
	第 11 周	品味	获得积极情绪的方法	计划一些愉快的活动来品味其中的积极情绪并记录,如每周安排至少 1 次机会与朋友好好相处,做一些能帮助大家的事情
	第 12 周	美好人生	人生之美	对此前所有的学习总结,思考如何使正面事情的发生和持续,如每周或每月尝试 1 项全新的活动,使你能保持对生活的热情

1.2.1.3 实施线上积极心理学理论学习与线下实践 研究者组建“积极心理学学习组”微信群,邀请积极心理学干预小组 8 名成员和试验组 51 名护士加入。按上述干预方案,研究者每周一通过“护士通”平台推送当周积极心理学理论学习的任务(视频观看,时长 30 min),视频设置不可快进,研究对象在“护士通”平台完成线上理论学习;通过微信群“群打卡”小程序发布该周的线下实践任务,研究对象线下完成实践并码字上传或拍照上传打卡。研究对象需在每周日前完成上述任务,研究者可通过“护士通”后台和微信“群打卡”小程序后台查看各研究对象的任务完成情况。研究者每周 2 次(第 1 次为每周一发送打卡任务时,第 2 次为临近周末时)在群里提醒研究对象认真完成每周的干预任务。试验组的干预方案在研究结束后对对照组护士开放供其补充学习。

1.2.2 评价方法

1.2.2.1 调查工具 ①一般资料调查表。由研究者自行设计,包括护士的性别、年龄、科室、工龄、职称、职

务、婚姻状况、文化程度、工作性质、月收入等。②中国护士工作压力源量表:2000年由李小妹等^[12]制定。共包含护理专业及工作方面的问题(7个条目)、工作量及时间分配问题(5个条目)、工作环境及资源方面的问题(3个条目)、患者护理方面的问题(11个条目)、管理及人际关系方面的问题(9个条目)5个维度。量表Cronbach's α 系数为0.98^[13]。采用1~4级(1~4分)评分法,分数越高,说明压力越大。总分35~70分为轻度压力,71~105分为中度压力,106~140分为重度压力^[14]。③康奈尔健康问卷:为Brodman等^[15]编制,许丽英^[16]翻译修订成中文版。包括18个部分,其中A~L部分测评躯体症状,M~R部分测评心理问题。共195个问题,每个问题回答“是”计1分,回答“否”计0分。躯体健康(A~L)评分男性 ≥ 35 分,女性 ≥ 40 分为异常,分数越高表示躯体健康越差;心理健康(M~R)评分男性 ≥ 15 分,女性 ≥ 20 分为异常,提示心理亚健康状况,分数越高提示心理健康状况越差。量表Cronbach's α 系数为0.87^[17]。

表3 干预前后两组护士工作压力评分比较

分, $M(P_{25},P_{75})$

组别	人数	护理专业及工作		工作量及时间分配		工作环境及资源	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	50	3.43(3.14,3.86)	2.43(2.00,3.04)	4.00(3.20,4.00)	2.80(2.20,3.20)	3.00(2.67,4.00)	2.00(1.33,2.67)
试验组	51	3.43(3.14,4.00)	2.14(1.86,2.57)	3.80(3.20,4.00)	2.20(1.80,2.60)	3.00(2.67,4.00)	1.67(1.33,2.00)
Z		-0.193	-2.843	-0.844	-3.551	-0.794	-2.330
P		0.847	0.004	0.405	<0.001	0.427	0.020

组别	人数	患者护理		管理及人际关系		工作压力总分	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	50	3.45(3.00,4.00)	2.32(2.07,3.11)	3.00(2.67,3.81)	2.06(1.86,2.44)	3.27(3.07,3.66)	2.31(2.09,2.72)
试验组	51	3.50(3.00,4.00)	2.18(1.91,2.45)	3.00(2.67,3.56)	1.67(1.44,2.33)	3.20(3.11,3.61)	2.03(1.74,2.29)
Z		-0.167	-2.386	-0.055	-2.889	-0.269	-3.615
P		0.867	0.017	0.956	0.004	0.788	<0.001

表4 干预前后两组护士身心健康评分比较

分, $M(P_{25},P_{75})$

组别	人数	总体健康		躯体健康		心理健康	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	50	43.50(20.75,68.75)	34.00(15.00,61.00)	28.50(19.50,52.25)	24.00(12.75,43.25)	6.50(0.25,00)	7.50(1.75,16.00)
试验组	51	34.00(15.00,68.00)	23.00(12.00,42.00)	29.00(11.00,46.00)	20.00(10.00,35.00)	5.00(0.21,00)	3.00(0.11,00)
Z		-0.971	-1.729	-0.744	-1.257	-0.592	-2.249
P		0.331	0.084	0.457	0.209	0.554	0.025

3 讨论

3.1 线上积极心理学理论学习和线下实践应用能缓解护士的工作压力 积极心理学关注人类的心理品质,可以帮助护士充分发挥主观能动性,合理宣泄负性情绪,舒缓来自各方的压力^[18]。本研究以积极心理学理论为依据制订为期12周的干预方案,结果显示,干预后试验组工作压力总分及其5个维度评分显著低于对照组(均 $P<0.05$),说明线上积极心理学理论和线下实践应用能缓解护士的工作压力,与有关研究结果^[19]一致。首先以视频形式播放积极心理学课程,从思想上帮助护士认识和理解积极心理学。树立积极人格,关注良好感觉的构建,这是决定个体内在抗压能力的重要因素,使其不惧怕、不逃避压力的攻击;培养积极情绪,专注于工作和人际关系的乐观视角;维持积极关系,即有意义的社会联系。再通过实践打卡方式有目的地让护士在日常生活工作中合理应用课程内容,寻找工作的意义和价值,切身体会积极心理学带来的幸福感,从行动上帮助护士获取积极资源,使其再次面临压力性事件时能充分发挥主观能动性,调动积极资源解决问题。

3.2 线上积极心理学理论学习和线下实践应用能改善护士的心理健康 研究显示,高水平的工作压力可

能通过人-情境作用减少积极情绪,进而影响身体健康^[20]。本研究中,重度压力护士的心理健康较差,线上积极心理学理论学习和线下实践应用干预后,心理健康状态得到显著改善,与有关研究结果^[21]相似。个体的情绪并非由导致情绪的诱发事件直接引起,而是通过个体对诱发事件的解释和评价导致。积极情绪使人重新审视自己的生活状况,用更积极的方式看待自己及周围环境^[22]。积极心理学可以帮助护士培养积极人格和积极情绪,引导护士从乐观的角度构建幸福感^[23];同时开发护士潜能,使其主动挖掘心理积极资源和发挥品格优势,以积极方式面对和处理日常工作中的各种困境和压力,不断提升自身素质和心理健康水平^[24]。积极人格和积极情绪可以感染周围个体,逐渐形成积极环境,进而促进长期的心理健康^[25]。干预后护士的躯体健康评分和健康总评分差异无统计学意义,可能与本研究中护士已经处于重度压力状态,身心健康受影响较严重,而从心理健康的改善达到躯体健康的改善是一个长期过程有关。

3.3 护士完成线上积极心理学理论学习和线下实践应用干预的依从性分析 虽然本研究已根据临床护理工作特点将积极心理学干预进行了适当简化和调整,并设置为线上课程,护士可在限期内随时随地观看学习,但护士完成干预任务的依从性仍有待提高。为此研究者在干预结束后对试验组护士进行采访,分析原因主要有两点:①疫情期间,护士工作量较往日增多,即使提醒后也仍容易忘记;②干预间隔时间过长,虽然每次完成干预任务的时长不到 1 h,但下次干预需等待 1 周,研究对象的积极性容易被消磨。干预期间未有研究对象向心理咨询团队老师咨询,可能与本研究邀请的心理咨询团队为本院护士有关。建议在今后的研究中适当缩短干预周期,同时邀请外院心理咨询师为研究护航,研究对象可放心提出问题,以提高研究对象的学习兴趣和参与依从性。

4 小结

本研究结果显示,线上积极心理学理论学习和线下实践应用对缓解重度压力护士的工作压力和改善心理健康有一定效果。但本研究样本量较小,干预设计关注改善护士的心理压力反应,忽略了调整工作环境中产生的心理压力源。未来的研究更需充分考虑护理工作特性和护士切身需求,综合考虑护士的心理压力反应和心理压力源,制订更具吸引力的积极心理学干预措施,进而更全面地改善护士压力和身心健康。

参考文献:

[1] López-López I M, Gómez-Urquiza J L, Cañadas G R, et al. Prevalence of burnout in mental health nurses and related factors:a systematic review and meta-analysis[J]. Int J Ment Health Nurs,2019,28(5):1032-1041.

[2] De Cieri H, Shea T, Cooper B, et al. Effects of work-re-

lated stressors and mindfulness on mental and physical health among Australian nurses and healthcare workers [J]. J Nurs Scholarsh,2019,51(5):580-589.

[3] Perry L, Gallagher R, Duffield C, et al. Does nurses' health affect their intention to remain in their current position? [J]. J Nurs Manag,2016,24(8):1088-1097.

[4] Seligman M E, Csikszentmihalyi M. Positive psychology. An introduction[J]. Am Psychol,2000,55(1):5-14.

[5] 费才莲,谢娟,张慧萍,等. 基于信息平台的积极心理学干预对神经内科护士情绪的影响[J]. 护理学杂志,2018,33(21):71-73.

[6] Thusini S. Critical care nursing during the COVID-19 pandemic:a story of resilience[J]. Br J Nurs,2020,29(21):1232-1236.

[7] Kloos N, Drossaert C H C, Bohlmeijer E T, et al. On-line positive psychology intervention for nursing home staff: a cluster-randomized controlled feasibility trial of effectiveness and acceptability[J]. Int J Nurs Stud,2019,98:48-56.

[8] Bazargan-Hejazi S, Shirazi A, Wang A, et al. Contribution of a positive psychology-based conceptual framework in reducing physician burnout and improving well-being:a systematic review[J]. BMC Med Educ,2021,21(1):593.

[9] 高胜艳,左春雨. 后疫情时代积极心理疗法对高职学生心理健康的干预研究[J]. 天津职业大学学报,2022,31(3):82-85.

[10] 黎黎,彭丽丽,汪丰,等. 积极心理干预对 90 后护士心理弹性及总体幸福感的影响[J]. 护理学杂志,2021,36(14):535-537.

[11] 孟召霞,牛杰,才晓茹,等. 积极心理团体辅导对减轻新护士转型冲击效果的研究[J]. 中国护理管理,2019,19(9):1339-1342.

[12] 李小妹,刘彦君. 护士工作压力源及工作疲溃感的调查研究[J]. 中华护理杂志,2000,35(11):645-649.

[13] 吴欣娟. 护理管理工具与方法实用手册[M]. 北京:人民卫生出版社,2015:2256-2264.

[14] 吴杏菊,周宏珍. 二胎妊娠护士职业压力及其影响因素调查分析[J]. 护理学杂志,2019,34(5):59-62.

[15] Brodman K, Erdmann A J Jr. The Cornell medical index; a adjunct to medical interview [J]. J Am Med Assoc,1949,140(6):530-534.

[16] 许丽英. 康奈尔健康量表在健康评价中的应用[J]. 中国心理卫生杂志,1988,2(6):272-276.

[17] 汪向东,王希林,马弘. 心理卫生评定量表手册[M]. 增订版. 北京:中国心理卫生杂志社,1999:25-30.

[18] Farnicka M, Wojciechowska L, Wojciechowski L. Positive psychology in Poland between 2001 and 2020:a review of available articles[J]. Front Psychol,2021,12:659337.

[19] 马桂珍,马丽娜,陈烨,等. 积极心理干预对手术室护士职业压力 and 心理健康状况的影响[J]. 中华现代护理杂志,2015,21(9):1048-1050.

[20] Wickrama K A S, Lee S, Klopach E T, et al. Stressful work conditions, positive affect, and physical health of middle-aged couples:a dyadic analysis[J]. Stress Health,

2019,35(4):382-395.

[21] Machado L, de Oliveira I R, Peregrino A, et al. Common mental disorders and subjective well-being: emotional training among medical students based on positive psychology[J]. PLoS One,2019,14(2):e0211926.

[22] 周帆,杨军,吴洁如. 积极心理学在中医住院医师规范化培训中的应用[J]. 医学与社会,2017,30(11):78-80.

[23] 杨秀丽,程芳娜. 积极心理学理论在护理管理中的应用[J]. 解放军护理杂志,2017,34(10):69-70.

[24] Harolds J A. Quality and safety in health care, part L: positive psychology and burnout[J]. Clin Nucl Med, 2019,44(8):643-645.

[25] 王运平,王晓丽,邹雯妃,等. 积极心理学在急诊护士中的应用效果评价[J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志,2017,12(6):548-551.

(本文编辑 吴红艳)

膀胱癌患者癌症复发恐惧水平及影响因素的纵向研究

陈玉^{1,2},熊柱凤²,洪慧¹,曹磊¹,王亚丽¹,张永慧¹

摘要:**目的** 调查膀胱癌患者癌症复发恐惧水平在疾病确诊后的动态变化,并分析其影响因素。**方法** 分别于膀胱癌确诊时、确诊后1个月、确诊后3个月、确诊后6个月采用一般资料调查表、恐惧疾病进展简化量表、社会支持量表、简易应对方式量表对213例膀胱癌患者进行调查。**结果** 4个时间点膀胱癌患者癌症复发恐惧得分分别为(28.92±6.69)分、(28.18±6.11)分、(27.15±5.84)分、(25.44±6.43)分;年龄、家庭人均月收入、肿瘤TNM分期、肿瘤复发、社会支持、应对方式为癌症复发恐惧的影响因素(均 $P<0.05$)。**结论** 膀胱癌患者普遍存在癌症复发恐惧,确诊时至确诊后6个月癌症复发恐惧水平呈下降趋势。应早期识别与干预,以降低患者癌症复发恐惧水平。

关键词:膀胱癌; 癌症复发恐惧; 影响因素; 社会支持; 应对方式; 肿瘤复发; 纵向研究

中图分类号:R473.6 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2023.06.100

A longitudinal study of fear of cancer recurrence and its influencing factors in patients with bladder cancer Chen Yu, Xiong Zhufeng, Hong Hui, Cao Lei, Wang Yali, Zhang Yonghui. Nursing School of Nanchang University, Nanchang 330006, China

Abstract: Objective To investigate the dynamic changes of fear of cancer recurrence in bladder cancer patients after diagnosis and analyze its influencing factors. **Methods** Totally 213 bladder cancer patients were investigated using a general information questionnaire, the short form of Fear of Disease Progression Scale, Social Support Rating Scale and Simplified Coping Style Questionnaire at the time of diagnosis, as well as 1, 3, and 6 months after that. **Results** The scores of fear of cancer recurrence were 28.92±6.69,28.18±6.11,27.15±5.84 and 25.44±6.42 at the above-mentioned time points respectively. Age, monthly per capita household income, TNM stage, tumor recurrence, social support and coping style were influencing factors for fear of cancer recurrence (all $P<0.05$). **Conclusion** Fear of cancer recurrence is commom among bladder cancer patients, and the level of fear is decreasing from diagnosis to 6 months after that. Early identification and intervention should be carried out to reduce patients' fear of cancer recurrence.

Key words: bladder cancer; fear of cancer recurrence; influencing factor; social support; coping style; cancer recurrence; longitudinal study

膀胱癌作为我国最常见的恶性肿瘤之一,病死率居泌尿外科之首。在新增病例中,75%~80%的患者为非肌层浸润性膀胱癌(Non-Muscle Invasive Bladder Cancer,NMIBC)^[1]。据报道,浅表性膀胱癌经尿道膀胱肿瘤切除术患者术后1年复发率为5.62%~12.36%,2年复发率为11.24%~17.98%^[2]。较高

作者单位:1. 南昌大学护理学院(江西 南昌, 330006);2. 南昌大学第一附属医院

陈玉:女,硕士在读,护士

通信作者:熊柱凤,xzf7889@163.com

科研项目:江西省科技厅重点研发计划一般项目(20203BBGL73153);江西省卫生健康委员会科技计划项目(20201022)

收稿:2022-10-10;修回:2022-11-29

的复发率和进展率使膀胱癌患者普遍存在癌症复发恐惧心理。癌症复发恐惧是指癌症幸存者对癌症复发、进展或转移的恐惧或担忧^[3]。适度的癌症复发恐惧能使患者对潜在的复发迹象保持警惕,并按时检查坚持医疗方案^[4],但长期过度的癌症复发恐惧成为一种慢性困扰,影响患者的生活质量和日常功能^[5]。有研究表明,癌症复发恐惧不会随着时间的延长而消失^[6]。目前,国内有关膀胱癌复发恐惧的研究多为横断面调查^[7-9],不能动态反映患者在确诊后不同阶段癌症复发恐惧水平的变化趋势。鉴于此,本研究采用纵向研究方法,旨在调查膀胱癌患者确诊后癌症复发恐惧情况、动态变化情况及影响因素,为针对性干预提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 采用便利抽样法选取 2021 年 1~10 月在南昌大学第一附属医院泌尿外科住院的 213 例行尿道膀胱电切术治疗的 NMIBC 患者为研究对象。纳入标准:①病理学诊断为 NMIBC,无邻近器官扩散及远处转移;②年龄≥18 岁;③术后 1 周内行膀胱灌注化疗;④有一定的读写能力,知情同意并自愿参加本研究。排除标准:①合并其他恶性肿瘤或者其他重大疾病;②存在认知障碍或精神心理疾病。

1.2 方法

1.2.1 调查工具 ①一般资料调查表。由研究者回顾文献后自行设计,选取可能影响膀胱癌患者癌症复发恐惧的人口学及疾病相关资料,包括性别、年龄、教育水平等 11 项内容。②疾病进展恐惧简化量表(the short form of the Fear of Progression Questionnaire, FoP-Q-SF)。由 Mehnert 等^[10]编制,吴奇云等^[11]翻译并修订。共 12 个条目,采用 Likert 5 级评分法,从“从不”到“总是”依次赋 1~5 分。量表总分 12~60 分,得分越高表明患者癌症复发恐惧水平越高,得分≥34 分提示患者存在癌症复发恐惧心理失调。该量表的 Cronbach's α 为 0.87。③社会支持量表(Social Support Rating Scale, SSRS)^[12]。包含主观支持(4 个条目)、客观支持(3 个条目)、对支持的利用度(3 个条目)3 个维度。总分 12~66 分,得分越高说明社会支持水平越高。④简易应对方式量表(Simplified Coping Style Questionnaire, SCSQ)^[13]。由积极应对(12 个条目)和消极应对(8 个条目)2 个维度组成。每个项目采用 0~3 级评分。积极应对得分范围 0~36 分,分数越高越好;消极应对得分范围 0~24 分,分数越低越好。量表 Cronbach's α 系数为 0.90,重测信度为 0.89。

1.2.2 调查方法 征得医院相关部门同意后,由经过培训的 2 名调查员收集资料。分别在患者确诊时(T1)、确诊后 1 个月(T2)、确诊后 3 个月(T3)及确诊后 6 个月(T4)进行调查。首次调查时由研究者向患者解释本研究的目的、意义等,征得患者同意后调查者采用统一的指导语指导其独立填写问卷,问卷当场检查并回收。研究对象的疾病相关情况由研究者查阅患者的病历后填写。其中 T2、T3、T4 时间点通过微信或电话预约患者,确认随访时间和地点后收集资料。4 个时间点回收有效问卷依次为 230 份(100.0%)、222 份(96.5%)、218 份(94.8%)、213 份(92.6%)。

1.2.3 统计学方法 双人核对录入数据,采用 SPSS25.0 软件行重复测量的方差分析比较 4 个时间点癌症复发恐惧水平、社会支持水平、应对方式测量结果的差异,采用最小显著差法(LSD)对 4 次测量结果进行两两比较。采用广义估计方程分析膀胱癌患者癌症复发恐惧的影响因素。检验水准 α=

0.05。

2 结果

2.1 膀胱癌患者的一般资料 完成调查的膀胱癌患者 213 例,其中男 163 例,女 50 例;年龄 31~89 (60.78±13.61)岁;初中及以下文化程度 96 例,高中或中专 93 例,大专及以上 24 例;已婚 165 例,离异/丧偶 48 例;在职 35 例,退休 95 例,无工作 71 例,因病休假 12 例;家庭人均月收入<2 000 元 65 例,2 000~4 000 元 97 例,>4 000 元 51 例;有医保 175 例,无医保 38 例;肿瘤组织学分级为高级别 36 例,低级别 177 例。肿瘤初发 141 例;灌注治疗药物为免疫制剂 106 例,化疗药物 107 例。肿瘤 TNM 分期:T_a/T_{is} 期 144 例,T₁ 期 69 例。

2.2 膀胱癌患者恐惧疾病进展、社会支持、应对方式变化情况 膀胱癌患者 4 个时间点癌症复发恐惧心理失调发生例数分别为 64 例(30.0%)、59 例(27.7%)、46 例(21.6%)、35 例(16.4%)。4 个时间点膀胱癌患者癌症复发恐惧、社会支持、应对方式评分比较,见表 1。

表 1 不同时间点膀胱癌患者癌症复发恐惧、社会支持、应对方式评分比较 分, $\bar{x} \pm s$

时间	例数	癌症复发恐惧	社会支持	积极应对	消极应对
T1	230	28.92±6.69	35.07±6.11	1.45±0.43	1.70±0.38
T2	222	28.18±6.11	37.24±5.74	1.61±0.39	1.60±0.36
T3	218	27.15±5.84	37.68±5.56	1.64±0.42	1.43±0.38
T4	213	25.44±6.43	41.00±6.88	1.90±0.45	1.40±0.37
F		522.935	313.807	435.317	161.079
P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

注:除社会支持 T2 与 T3、积极应对 T2 与 T3、消极应对 T3 与 T4 比较外,其余时点各变量间两两比较,均 P<0.05。

2.3 膀胱癌患者癌症复发恐惧的影响因素分析 以恐惧疾病进展得分为因变量,以社会支持、积极应对方式、消极应对方式得分及一般资料为自变量建立广义估计方程,采用独立矩阵(QIC 值最小),结果年龄(30~岁=1,45~岁=2,60~岁=3,75~89 岁=4;以 30~岁为对照设置哑变量)、家庭人均月收入(<2 000 元=1,2 000~4 000 元=2,>4 000 元=3;以<2 000 元为对照设置哑变量)、肿瘤 TNM 分期(T_{is}/T_a=1,T₁=2)、肿瘤复发(是=1,否=2)、社会支持、消极应对及积极应对(后 3 个自变量均以原值输入)进入回归方程,结果见表 2。

3 讨论

3.1 膀胱癌患者复发恐惧随确诊时间的延长而下降 癌症复发恐惧是癌症患者最常提到的担忧之一^[14],而癌症复发恐惧是影响膀胱癌患者复诊依从性的危险因素^[15]。要提高复诊依从性,需明确影响膀胱癌患者癌症复发恐惧的关键时间点。本研究通过重复测量方差分析确定膀胱癌患者确诊时至确诊后 6 个月 4 个时间点癌症复发恐惧得分呈持续下降

趋势($P<0.05$)。膀胱癌患者癌症复发恐惧心理失调在 T1 发生率最高、得分最高,而在 T4 癌症复发恐惧发生率最低、评分也最低。新诊断的患者容易出现较高水平的癌症复发恐惧心理,与 Savard 等^[16]的研究结果一致,分析原因可能是由于人们对癌症认识不够,多数患者在诊断为癌症后,容易出现焦虑、恐惧等负性情绪;同时癌症的诊断、治疗以及预后的不确定性加剧了患者的恐惧。随着时间的推移,患者的病情趋于稳定,对疾病也有了进一步了解,加上后期家人朋友的支持与鼓励,患者能以更加积极的心态面对疾病,癌症复发恐惧水平下降。另一方面,随着医疗技术的不断发展,尿道膀胱电切术联合膀胱灌注化疗或免疫治疗使 NMIBC 患者的 5 年生存率达 84%^[17],患者对生存的希望水平随之增高,对疾病进展和复发的恐惧水平下降。提示医护人员在帮助患者治疗疾病的同时,应关注患者情绪状态,尽早发现,尽早干预,根据恐惧水平高低制订针对性的心理辅导,提高患者战胜疾病的信心。

表 2 膀胱癌患者癌症复发恐惧的影响因素分析($n=213$)

变量	β	SE	Wald χ^2	P
年龄				
45~岁	-0.867	0.258	11.320	0.001
60~岁	-2.435	0.698	12.144	<0.001
75~89岁	-3.525	1.016	12.052	0.001
家庭人均月收入				
2000~4000元	-0.804	0.143	31.834	<0.001
>4000元	-0.217	0.139	2.415	0.120
肿瘤 TNM 分期	1.027	0.165	38.950	<0.001
肿瘤复发	-0.263	0.080	10.864	0.001
社会支持	-0.183	0.038	23.970	<0.001
积极应对	-0.263	0.023	132.432	<0.001
消极应对	0.665	0.061	120.867	<0.001

3.2 膀胱癌患者癌症复发恐惧的影响因素分析

3.2.1 年龄 本研究结果显示,年龄越小的患者,复发恐惧水平越高($P<0.05$),与 Nakata 等^[18]研究结果一致。分析原因可能是年轻患者正处于事业上升期,承担着多种家庭和社会责任,如果癌症复发,他们将承受着巨大的心理压力及经济负担;其次,膀胱癌作为生殖系统恶性肿瘤,尿道膀胱电切术对年轻患者身体意向、性功能恢复等方面造成了较大的影响,易使患者产生抑郁、自卑等负性情绪,加重了复发恐惧心理。因此,提示医护人员应重点关注中青年膀胱癌群体,制订针对性的心理干预措施,使用有效的方法评估和筛选复发恐惧,及时发现患者的担忧、恐惧情绪,给予有效的心理支持,帮助患者缓解复发恐惧心理。

3.2.2 家庭人均月收入 本研究显示,家庭人均月收入越低的膀胱癌患者癌症复发恐惧水平越高($P<0.05$),这与 Yang 等^[19]研究结果一致。NMIBC 患者

在术后要进行为期 1.5~2.0 年的膀胱灌注化疗,花费较高,对于家庭收入一般的患者要承受较大的经济负担。有研究显示,较重的经济负担不仅会影响癌症患者的心理状态,还会导致患者就诊延迟或私自停药等行为^[20],从而使患者错过最佳治疗时间,耽误病情,导致疾病进展。因此,医护人员应重点关注家庭经济负担较重的患者,根据患者的经济水平制订合理的治疗方案,从患者的角度出发,尽可能减轻患者的经济压力。

3.2.3 肿瘤 TNM 分期 疾病分期越重,癌症复发恐惧水平越高,与 Niu 等^[21]研究结果一致。膀胱癌的肿瘤分期是判断膀胱癌术后长期预后的重要评价指标之一,同时也是评估膀胱恶性肿瘤侵袭能力的特异性指标之一^[22]。有研究指出,T1 期 NMIBC 虽然未浸润到肌层,但仍具有较高的复发率^[23]。故未来应重点关注高危人群,可邀请治愈的患者现身说法,帮助患者消除疾病复发的恐惧感,增强治愈疾病的信心。

3.2.4 肿瘤复发 本研究结果表明,经历过膀胱肿瘤复发的患者复发恐惧心理越严重($P<0.05$),与王小平等^[8]研究结果一致。分析原因可能是,膀胱癌具有多中心、高复发、易侵袭等生物学特性^[15],许多患者因为多次复发以及复发带来的一系列检查和治疗,对疾病治愈的信心会降低,从而加重癌症复发恐惧心理。因此,应关注膀胱癌复发患者,叮嘱其定期膀胱镜复查以及按时膀胱灌注的重要性,同时提示医护人员制订膀胱癌规范化诊疗方案,并借助信息化平台完善随访机制,以提醒并确保患者规范化治疗的依从性,减少肿瘤复发和进展。

3.2.5 社会支持 本研究结果显示,膀胱癌患者的社会支持水平与癌症复发恐惧呈负相关($P<0.05$)。良好的社会支持可以帮助患者以乐观的心态面对疾病,积极配合随访和治疗,减轻患者的不良情绪,降低其癌症复发恐惧水平;同时可以帮助其在遇到困难时有效减轻压力,增强应对能力^[24]。因此,在临床工作中,医护人员应积极调动膀胱癌患者的社会支持系统,同时鼓励患者遇到困难积极寻求外界帮助,增强患者对多方面支持的利用,降低其复发恐惧水平。

3.2.6 应对方式 本研究结果显示,患者采取的应对方式与癌症复发恐惧水平有关,消极的应对方式会导致高水平的癌症复发恐惧,积极的应对方式会缓解癌症复发恐惧,与 Liao 等^[25]的研究结果一致。积极心态的人往往比较自信,能够有效调节负面情绪^[25];而消极应对的患者则对未来采取悲观的看法,对治疗疾病没有信心,加重癌症复发恐惧心理。Thornton 等^[26]研究表明,希望治疗干预可以提高癌症患者积极应对水平,增加疾病治疗的信心。提示医护人员可以采取希望治疗干预帮助患者积极应对自己的疾病,保持乐观的心态,降低其癌症复发恐惧水平。

4 小结

本研究结果显示,膀胱癌患者普遍存在癌症复发恐惧,确诊时至确诊后 6 个月癌症复发恐惧水平呈总体下降趋势。膀胱癌患者癌症复发恐惧受多种因素影响,应加强对年轻、经济负担重、肿瘤 TNM 分期高、肿瘤复发、社会支持系统弱、消极应对方式严重患者的干预。由于人力和资源限制,本次研究对象仅选自 1 所三甲医院,且随访时间较短,未来应进行多中心大样本的纵向调查并完善随访机制,进一步调查膀胱癌患者癌症复发恐惧的长期变化趋势及影响因素。

参考文献:

- [1] Cumberbatch M G K, Jubber I, Black P C, et al. Epidemiology of bladder cancer: a systematic review and contemporary update of risk factors in 2018[J]. Eur Urol, 2018,74(6):784-795.
- [2] 孙鹏,陈磊,曹宏文,等. 芪凌方联合表阿霉素膀胱灌注化疗对浅表性膀胱癌术后复发的预防作用[J]. 医药论坛杂志,2021,42(7):58-61.
- [3] Lebel S, Ozakinci G, Humphris G, et al. From normal response to clinical problem: definition and clinical features of fear of cancer recurrence[J]. Support Care Cancer, 2016,24(8):3265-3268.
- [4] Simard S, Thewes B, Humphris G, et al. Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies[J]. J Cancer Surviv, 2013,7(3):300-322.
- [5] Loughan A R, Lanoye A, Aslanzadeh F J, et al. Fear of cancer recurrence and death anxiety: unaddressed concerns for adult neuro-oncology patients[J]. J Clin Psychol Med Settings, 2021,28(1):16-30.
- [6] Götze H, Taubenheim S, Dietz A, et al. Fear of cancer recurrence across the survivorship trajectory: results from a survey of adult long-term cancer survivors[J]. Psychooncology, 2019,28(10):2033-2041.
- [7] 袁媛,袁静,王云,等. 首次膀胱灌注的中老年膀胱癌患者恐惧情绪现状及影响因素分析[J]. 中华现代护理杂志,2020,26(34):4819-4824.
- [8] 王小平,何芳,祝凡,等. 膀胱癌术后患者恐惧疾病进展现状及影响因素研究[J]. 护理学杂志,2019,34(2):52-55.
- [9] 张子君,黄青梅,江萍,等. 膀胱癌患者癌症复发恐惧现状及与生命质量的相关性研究[J]. 中国实用护理杂志, 2018,34(19):1445-1450.
- [10] Mehnert A, Herschbach P, Berg P, et al. Fear of progression in breast cancer patients — validation of the short form of the Fear of Progression Questionnaire (FoP-Q-SF)[J]. Z Psychosom Med Psychother, 2006,52(3):274-288.
- [11] 吴奇云,叶志霞,李丽,等. 癌症患者恐惧疾病进展简化量表的汉化及信效度分析[J]. 中华护理杂志,2015,50(12):1515-1519.
- [12] 肖水源.《社会支持评定量表》的理论基础与研究应用[J]. 临床精神医学杂志,1994,4(2):98-100.
- [13] 解亚宁. 简易应对方式量表信度和效度的初步研究[J]. 中国临床心理学杂志,1998,6(2):53-54.
- [14] Sharpe L, Curran L, Butow P, et al. Fear of cancer recurrence and death anxiety[J]. Psychooncology, 2018,27(11):2559-2565.
- [15] 郑丹萍,梁艳彩,翟文佳,等. 中高危非肌层浸润性膀胱癌患者膀胱镜复诊依从性调查[J]. 护理学杂志,2020,35(2):38-41.
- [16] Savard J, Ivers H. The evolution of fear of cancer recurrence during the cancer care trajectory and its relationship with cancer characteristics[J]. J Psychosom Res, 2013,74(4):354-360.
- [17] Peyton C C, Chipollini J, Azizi M, et al. Updates on the use of intravesical therapies for non-muscle invasive bladder cancer: how, when and what[J]. World J Urol, 2019,37(10):2017-2029.
- [18] Nakata H, Halbach S, Geiser F, et al. Health literacy, mental disorders and fear of progression and their association with a need for psycho-oncological care over the course of a breast cancer treatment[J]. Psychol Health Med, 2021,26(7):818-831.
- [19] Yang Y, Sun H, Liu T, et al. Factors associated with fear of progression in Chinese cancer patients: sociodemographic, clinical and psychological variables [J]. J Psychosom Res, 2018,114:18-24.
- [20] 牟兴云,滕倩,李冬,等. 膀胱癌就诊延迟的质性研究[J]. 中国临床研究,2021,34(5):714-716.
- [21] Niu L, Liang Y, Niu M. Factors influencing fear of cancer recurrence in patients with breast cancer: evidence from a survey in Yancheng, China[J]. J Obstet Gynaecol Res, 2019,45(7):1319-1327.
- [22] 张金英. 膀胱癌术后患者预后影响因素[J]. 中国老年学杂志,2022,42(4):830-833.
- [23] 白钰明,张国文,马可为,等. 浸润性膀胱癌分子分型的预后研究及 PD-L1 的表达意义[J]. 临床泌尿外科杂志, 2022,37(3):184-188.
- [24] Tomei C, Lebel S, Maheu C, et al. Addressing fear of recurrence: improving psychological care in cancer survivors[J]. Support Care Cancer, 2016,24(7):2815-2818.
- [25] Liao K Y, Yeung N, Wong C, et al. Fear of cancer recurrence and physical well-being among Chinese cancer survivors: the role of conscientiousness, positive reappraisal and hopelessness[J]. Support Care Cancer, 2017, 25(4):1141-1149.
- [26] Thornton L M, Cheavens J S, Heitzmann C A, et al. Test of mindfulness and hope components in a psychological intervention for women with cancer recurrence [J]. J Consult Clin Psychol, 2014,82(6):1087-1100.

(本文编辑 吴红艳)

书写表达积极情绪干预在老年癌症患者 保护性医疗中的应用

张丽丽¹, 付逗², 王鑫梅², 欧阳艳琼³, 党建中², 王滢², 常旦琪², 张卓慧², 方慧琼²

摘要:目的 探索书写表达积极情绪在实施保护性医疗的老年癌症患者中的应用效果。方法 将110例实施保护性医疗的老年癌症患者分为对照组56例和观察组54例。对照组接受常规护理,观察组在常规护理基础上实施书写表达积极情绪干预。比较两组患者干预前后焦虑、抑郁及生活质量评分。结果 干预后,观察组焦虑、抑郁、社会功能活动评分显著低于对照组,生活质量评分显著高于对照组(均 $P<0.05$)。结论 对实施保护性医疗的老年癌症患者实施书写表达积极情绪干预,可减轻患者的负性情绪,帮助患者建立积极的心理防御,提高生活质量。

关键词:老年人; 癌症; 保护性医疗; 书写表达; 积极情绪; 焦虑; 抑郁; 生活质量

中图分类号:R473.73 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2023.06.104

Effect of positive and expressive writing in elderly patients who are not informed about cancer diagnosis Zhang Lili, Fu Dou, Wang Xinmei, Ouyang Yanqiong, Dang Jianzhong, Wang Yan, Chang Danqi, Zhang Zhuohui, Fang Huiqiong. Department of Nursing, Renmin Hospital of Wuhan University, Wuhan 430060, China

Abstract: **Objective** To explore the effect of positive and expressive writing in elderly patients who are not informed about cancer diagnosis. **Methods** Totally 110 elderly cancer patients who were not informed about his/her cancer diagnosis were divided into a control group ($n=56$) and an observation group ($n=54$). Both groups received routine nursing, while the observation group was additionally provided with positive and expressive writing. The anxiety, depression, and quality of life were compared between the two groups before and after the intervention. **Results** After the intervention, the scores of anxiety, depression and social function of the observation group were significantly lower than the control group, while the score of life quality was significantly higher than the control group (all $P<0.05$). **Conclusion** Positive and expressive writing can reduce negative emotions of elderly cancer patients, help them establish positive psychological defense and improve their quality of life.

Key words: the elderly; cancer; protective medicine; expressive writing; positive emotions; anxiety; depression; quality of life

保护性医疗是指在医疗诊治过程中为避免和减少外界环境等各种因素给患者带来不利影响而采取的一系列保护性措施^[1]。目前我国普遍存在的社会现实是家属为患者医疗决策代理人^[2],尤其是老年癌症患者,癌症诊断的告知无异于宣布“预期死亡”。患者家属认为他们有责任保护家人免受来自癌症负面信息的影响,要求医护人员在提供诊疗过程中对患者实施保护性医疗,即医护人员向患者本人或特定的家庭成员隐瞒病情或治疗手段转由代理人代为知情同意的医疗选择^[3]。研究表明,处于保护性医疗的患者会伴随身、心、社会、精神等方面的负性状态^[4]。书写表达是在一定时间内通过特定的书写方式来追忆、思考、冥想,达到表达情感、调节个体情绪的方法^[5]。积极心理学提倡发展和调动个体积极资源,鼓励人们追

求多维高质量的生活^[6]。研究显示,积极心理干预可改善个体不良情绪体验,而积极情绪的书写表达可缓解患者负性情绪,增强积极的生活体验^[7-9]。本研究将书写表达积极情绪方法应用于实施保护性医疗的老年癌症患者群体中,旨在减轻患者的负性情绪,提高其生活质量。报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2017年2月至2022年4月武汉大学人民医院老年病科收治的110例癌症患者为研究对象。纳入标准:年龄 ≥ 60 岁;医学诊断为癌症;确诊后接受对症治疗,未行手术及放化疗治疗;遵照家属意愿实施保护性医疗;有书写表达能力,且能书写超过10 min。排除标准:伴有其他系统的严重疾病,如心脑血管或肝肾疾病;有认知功能或视听障碍;既往有精神疾病史,或近6个月接受过心理治疗;拒绝或因各种原因无法配合者。按入院时间分组,每年单月入院患者为对照组共56例,双月入院为观察组共54例。本研究已通过医院伦理委员会审查(WDRY2021-K102)。两组患者一般资料比较,见表1。

作者单位:武汉大学人民医院 1. 护理部 2. 老年病科(湖北 武汉, 430060); 3. 武汉大学护理学院

张丽丽:女,硕士,主任护师,护理部副主任

通信作者:付逗,740321475@qq.com

科研项目:2022年湖北省重点实验室开放项目-护理专项(2022KFH016)

收稿:2022-10-16;修回:2022-12-23

表 1 两组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	文化程度(例)			疾病诊断(例)					付费方式(例)			
		男	女		初中及以下	高中或中专	大专及以上	胃癌	肝癌	前列腺癌	肺癌	其他肿瘤	自费	医保	公费医疗	商业保险
对照组	56	34	22	77.98±8.48	23	16	17	7	9	17	9	14	8	9	36	3
观察组	54	30	24	77.50±7.69	20	22	12	8	3	15	16	12	10	6	37	1
统计量		$\chi^2=0.301$		$t=0.311$	$Z=-0.191$			$\chi^2=5.271$					—			
P		0.583		0.757	0.848			0.261					0.615			

1.2 方法

1.2.1 干预方法

对照组住院期间在遵循保护性医疗原则下接受老年病科疾病护理常规,向患者讲解症状控制的方法及注意事项,并对患者及其照护者提供帮助和指导。责任护士征询家属同意,在不告知患者癌症病情的情况下对患者进行“四心护理”,即精心、爱心、细心和耐心,如遇严重心理问题者,告知主管医生请心理科医生会诊^[3]。观察组在接受常规护理基础上实施书写表达积极情绪干预,具体如下。

1.2.1.1 实施前准备 成立老年病科保护性医疗干预小组。小组成员由 8 名高年资护理人员组成,包括 1 名主任护师(全面指导和督促研究进展),1 名护士长(研究设计及论文撰写),2 名老年专科护士(负责干预方案的实施),1 名心理治疗师(组织团体积极情绪事件分享活动),1 名护师(负责研究干预前后的资料收集及整理分析),1 名副主任医师(研究干预及评估方案的制订),1 名主治医师(负责本研究干预质量控制)。团队讨论后形成为期 4 周的书写表达积极情绪的干预方案。

1.2.1.2 方案实施 在研究开始前,研究团队对患者进行面对面干预培训。向患者发放笔和笔记本,命名为“我的好心情日记”,笔记本首页附有统一的书写表达积极情绪的指导语以及接下来 4 周干预计划和联系过程的注意事项。①第 1 周:记录下自己患病期间的想法及感受,写下自己对于未来的规划或美好的愿望;每天记录当下发生的 3 件正性事件,事件的主人公可以不是自己,记录下事情的经过以及自己当下的心情。②第 2 周:选择一个人,这个人可以是自己的亲属也可以是住院期间接触到过的医护或陪护人员,去写一封感谢信,并将内容传达给他/她;每天详细记录自己日常生活(如吃饭、阅读、散步等)中的所感所悟。③第 3 周:尝试着回忆自己过往美好及难忘的时刻,描写可以尽量详实,注意捕捉当时的心态;每天简评自身的优点以及难能可贵的品质,以及这样的优点带给了自己怎样的感受。④第 4 周:当产生消极念头时,立刻记录一条让自己幸福的事,击退消极思维带来的负性情绪。

1.2.1.3 质量控制及注意事项 ①为提高干预的准确性,本研究提供了一个教学视频,制作成二维码,患者可扫码观看。为参与者播放视频时再次给予书写前指导。②书写要求:每周 2 次,每次书写时间≥10 min,并告知患者书写过程中不用担心有错别字、语法错误或文笔不够优美导致书写不生动等问题,关键是

在于记录下一种当下的心情^[10]。③环境:让参与者尽量在让自己感到熟悉、安静不被打扰的状态下完成书写。④为确保书写能有效激发积极情绪体验,观察组安排专人一对一跟进书写进度,并于每周五下午开展 1 次团体情绪相关积极事件的分享活动,分享活动由 1 名具有资质的心理治疗师主持,活动前会提前发出分享邀请,鼓励参与者分享彼此在疾病治疗中及康复中的积极事件,激发积极情绪。

1.2.2 评价方法 ①采用焦虑自评量表^[11]对患者的焦虑状态进行评估;评分大于 70 分为重度焦虑,61~70 分为中度焦虑,50~60 分为轻度焦虑。②采用抑郁自评量表对患者抑郁状态进行评估^[12-13]:重度抑郁,大于 72 分;中度抑郁,63~72 分;轻度抑郁,53~62 分。③采用 SF-36 生活质量量表^[14]对患者的生活质量状态进行评估。评估内容包括躯体疼痛、社会功能、心理功能、生理职能、情感职能 5 个维度,每个维度满分 100 分,分数越高提示生活质量越好。患者入组后完成上述 3 个量表调查,干预 4 周后再次调查。问卷调查由 4 名专职评估护士完成。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS25.0 软件进行数据分析,定量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,两组间比较采用 t 检验;定性资料比较采用 χ^2 检验及 Fisher 精确概率法;有序分类资料比较采用秩和检验。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组干预前后焦虑、抑郁评分比较 见表 2。

表 2 两组干预前后焦虑、抑郁评分比较 分, $\bar{x} \pm s$

组别	例数	焦虑		抑郁	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	54	58.38±11.25	55.84±10.07	59.75±8.84	56.02±9.00
观察组	56	57.41±10.27	46.82±8.58	58.70±11.24	41.43±8.70
t		0.473	5.063	0.543	8.645
P		0.637	<0.001	0.588	<0.001

2.2 两组干预前后生活质量评分比较 见表 3。

3 讨论

3.1 书写表达积极情绪有效缓解实施保护性医疗老年癌症患者的焦虑及抑郁情绪 患者家属在医疗诊治过程中为避免和减少外界环境等因素可能造成的不利影响而要求对患者隐瞒病情^[15]。在实施保护性医疗过程中,老年患者的主观感受和疾病体验更容易产生负性情绪^[16]。本研究中,两组干预前焦虑、抑郁水平均较高,大部分实施保护性医疗的患者有相关疾病症状但不知晓病情,对自己身体状况存在困惑及疑虑。

相关研究发现,心理干预对癌症患者意义重大,可改善其负性情绪^[17]。积极心理学认为由于积极认知、积极行为、积极情感等积极资源的缺乏导致抑郁等负性情绪的产生^[18]。研究发现,积极认知对生活质量和身体健康方面有影响且互为因果,可通过转变认知生成积极想法^[19]。而积极情绪与积极行为相互作用,积极情绪可通过积极行为主动诱发,积极的活动参与者更能体验积极情感^[20]。本研究结果显示,书写表达积极情绪干预方案实施4周后,干预组焦虑、抑郁水平显著低

于对照组(均 $P<0.05$),表明书写表达积极情绪可以减轻老年保护性医疗癌症患者的负性情绪,与有关研究结果^[9,21]一致。书写表达积极情绪通过促进老年癌症患者探索个体对生活中正性事件的情感体验,激发他们的积极情绪和认知,最终产生积极行为,进而降低其负性情绪的产生。同时,通过书写这一方式,患者不必担心过度暴露自己的想法,可以降低自身情感防卫,尽可能完全地将想法通过文字表达出来,促进患者积极情绪的抒发。

表3 两组干预前后生活质量评分比较

分, $\bar{x} \pm s$

时间	组别	例数	躯体疼痛	社会功能	心理功能	生理职能	情感职能
干预前	对照组	56	43.20±4.90	51.88±8.44	52.66±7.56	54.59±10.19	44.34±4.45
	观察组	54	43.16±4.85	51.41±8.32	52.38±8.20	56.11±9.93	45.70±4.79
	<i>t</i>		0.043	0.294	0.186	0.792	1.543
	<i>P</i>		0.966	0.769	0.853	0.430	0.126
干预后	对照组	56	43.75±5.07	51.20±5.67	43.09±7.50	44.00±4.57	44.70±4.91
	观察组	54	46.20±6.33	72.20±7.06	82.13±7.42	82.96±5.76	55.39±8.21
	<i>t</i>		2.235	17.162	27.441	39.207	8.323
	<i>P</i>		0.027	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

3.2 书写表达积极情绪有助于提高实施保护性医疗老年癌症患者的生活质量 老年癌症患者普遍伴有躯体疼痛的症状^[22],这种疼痛一方面是躯体因素导致,另一方面也是心理因素导致^[23]。研究发现,患者通过书写表达这一方式,获得了正性能量,改变其对疼痛的认知态度,学会了与疼痛和平共处,进而在一定程度上缓解了疼痛^[24]。本研究结果显示,干预后观察组在躯体疼痛等5个方面的生活质量评分显著优于对照组(均 $P<0.05$),说明书写表达积极情绪干预可改善癌症患者生活质量。第1周记录正性事件,根据积极心理学理论,正性事件能够帮助个体将注意力聚焦于事件的积极方面,继而拓宽个体思维和视角,增强其创造力。第2周通过表达对其他人的感激之情,加强与社会的联系,社会参与度的增加可以正向提高患者的治疗配合度与战胜疾病的动机。第3周通过怀旧机制,使患者回溯过去的美好,发现其中闪光点,并作为当下前行的动力;根据情绪理论,人的情绪的产生是遵循一定规律的,不同的情绪之间可以相辅相成也可以互相抵消^[18]。第4周当负性情绪产生时,通过调动积极事件与之碰撞,当正念足够强时,可达到战胜负性情绪的目的。4周的书写干预逐渐深入,互相渗透,最大程度地激发患者积极情绪的表达。

3.3 书写表达积极情绪干预可改善家庭成员之间的关系 老年癌症患者通过书写表达吐露了之前许多不愿意诉之于口的心声,有对生命的理解、对家庭成员的感谢、对过往的歉意以及对未来的期许。收到信件的家属,从另一方面深入了解到了患者的内心世界,从而改善家庭关系,紧密亲情纽带。因此,书写表达积极情绪干预可改善家庭成员之间的关系。本研

究在实施书写表达积极情绪过程中有4名家属和患者表现出释然和积极面对的心态,选择主动告知患者真实病情,结果患者对于该结果的接受度高于家属预期。说明家属或医护人员要通过深入挖掘患者内心世界,了解患者对于生命以及癌症的看法并进行综合评估后再选择科学的告知方法。

4 小结

书写表达积极情绪用于实施保护性医疗的老年癌症患者中,可有效改善患者焦虑、抑郁等负性情绪,提高其生活质量。由于符合纳入排除标准的病例来源较少,加上疫情原因,研究耗时较长,干预实施的连贯性和评价的同质性可能会受到影响。在今后的研究中,还需关注书写表达积极情绪对其他类型人群如中青年癌症患者的应用效果,拓展书写表达在临床实践中的应用范围。

参考文献:

[1] 李欣慧,李明.我国保护性医疗制度中存在的问题及对策建议[J].中国医学伦理学,2021,34(9):1222-1225.

[2] Chittem M, Norman P, Harris P. Primary family caregivers' reasons for disclosing versus not disclosing a cancer diagnosis in India[J]. Cancer Nurs, 2020, 43(2): 126-133.

[3] 彭望连,刘晓红,黄旭芬,等.晚期癌症患者抑郁状况及影响因素研究[J].实用预防医学,2020,27(12):1483-1485.

[4] 李欣慧,李明.我国保护性医疗制度及其存在的法律问题[J].医学与哲学,2021,42(2):58-61.

[5] 尚星辰.基于书写表达的积极心理干预对炎症性肠病患者心理状况的影响[D].南京:南京医科大学,2019.

[6] 王千心,张彩云,张志刚,等.积极心理干预对妇科癌症患者病耻感及适应水平的影响[J].护理学杂志,2020,35

(13):71-73.

[7] 王洁,韦伟,黄文贞,等. 书写表达积极情绪干预对中青年 2 型糖尿病患者病耻感的影响[J]. 护理学杂志,2022,37(16):68-71.

[8] 蒋凤,黄金,戴美玲,等. 积极心理学在糖尿病患者心理健康中的相关研究[J]. 中华糖尿病杂志,2019,11(10):689-692.

[9] 孟珊珊. 书写表达积极情绪对卵巢癌术后化疗患者创伤后成长及焦虑、抑郁情绪的影响[D]. 长春:吉林大学,2021.

[10] Evgenia E, Ammosov A. Comprehensive geriatric assessment in nursing home[J]. Russian Family Doctor,2018,22(2):25-29.

[11] Sprenger G P, van der Zwaan K F, Roos R A C, et al. The prevalence and the burden of pain in patients with Huntington disease:a systematic review and meta-analysis[J]. Pain,2019,160(4):773-783.

[12] Dunstan D A, Scott N. Clarification of the cut-off score for Zung's Self-rating Depression Scale[J]. BMC Psychiatry,2019,19(1):1-7.

[13] Wang Y, Ren X. Review on the mechanism of physical exercise improving senile depression[J]. Psychiatr Danub,2022,34(Suppl 2):670.

[14] Grigoryan G A, Pavlova I, Zaichenko M. Influence of social isolation on development of anxious and depressive-like behavior in experimental animal models[J]. Zhurnal Vysshei Nervnoi Deyatelnosti Imeni Ip Pavlova,2021,71(6):760-784.

[15] 曾铁英. 癌症告知策略的研究[D]. 武汉:华中科技大学,2008.

[16] 石晓寒. 论我国患者知情同意领域中的保护性医疗措施[J]. 法制与社会,2021(9):121-122.

[17] 刘艳,吕美荣,张爱华. 接纳承诺疗法对癌症患者心理灵活性影响的 meta 分析[J]. 中国心理卫生杂志,2021,35(8):657-663.

[18] 周雅,刘翔平,苏洋,等. 消极偏差还是积极缺乏:抑郁的积极心理学解释[J]. 心理科学进展,2010,18(4):590-597.

[19] Randolph J J. Positive neuropsychology: the science and practice of promoting cognitive health[J]. Appl Neuropsychol Adult,2018,25(4):287-294.

[20] Lai W, Yang Z, Mao Y, et al. When do good deeds lead to good feelings? Eudaimonic orientation moderates the happiness benefits of prosocial behavior[J]. Int J Environ Res Public Health,2020,17(11):4053.

[21] Merz E L, Fox R S, Malcarne V L. Expressive writing interventions in cancer patients:a systematic review[J]. Health Psychol Rev,2014,8(3):339-361.

[22] 陈凤菊,杨纯子,刘美. 基于信息化平台的癌症疼痛管理质量指标的建立与应用[J]. 护理学杂志,2020,35(24):12-14.

[23] 付佳丽,冯晨秋,娄凤兰. 依恋等因素对老年慢性疼痛患者心理困扰的影响[J]. 中国健康心理学杂志,2015,23(4):515-519.

[24] 逢锦晶,于永明,刘梦迪. 书写表达对慢性疼痛者疼痛、情绪、幸福感的改善[J]. 中国健康心理学杂志,2018,26(5):674-678.

(本文编辑 吴红艳)

• 敬告读者 •

警惕假冒《护理学杂志》工作人员及网站征稿、收费的声明

近年来,相关网络、微信、邮箱经常出现某些谎称为《护理学杂志》编辑部人员,要求加作者为好友,或谎称文章录用或获奖,要求缴纳审稿费、版面费或奖项评审费等信息;有些甚至通过盗用本编辑部名称和地址、伪造资质证书等违法手段,假借《护理学杂志》编辑部的名义收录稿件,以达到非法敛财的目的。鉴此,《护理学杂志》编辑部郑重声明如下:

- 1.《护理学杂志》编辑部指定官方域名(网站)为 <http://www.hlxzz.com.cn> 或 <http://www.chmed.net>。从官方网站投稿是唯一途径。文章经审核合格被录用后,由投稿系统通过作者预留的邮箱发放录用通知和缴纳版面费通知,再无其他收费项目和其他途径。请作者明确,切勿受骗上当。
- 2.《护理学杂志》的编辑人员不会要求作者加微信好友;本刊不允许个人通知作者缴纳费用,亦未设置个人账户收费。
- 3.凡要求作者将论文版面费转账至个人账户的均非本编辑部所为。假冒本编辑部网站发布的信息、活动及后果均与本编辑部无关。

在此,特提醒广大读者、作者注意甄别本刊网站合法域名,选择正确途径投稿和缴纳费用,避免不必要的损失。
地址:武汉市解放大道 1095 号《护理学杂志》编辑部,邮编 430030
E-mail:jns@tjh.tjmu.edu.cn; 咨询电话:027-83662666; 联系人:雷冰霞

• 健康教育 •

儿童学堂健康教育模式的实施效果评价

蒙好好¹, 莫蓓蓉², 王莉莉¹, 汤丽¹, 杨欢¹

摘要:目的 探讨儿童学堂健康教育模式在儿科病房护理中的应用效果。方法 成立儿童学堂,将“互联网+”课堂、AI 机器人互动课、面对面宣教课堂作为必修课,游戏心理课、阅读课、兴趣班、特色课等作为选修课,对患儿及家属进行健康教育。在儿童学堂实施前后,分别抽取 150 例患儿及家属进行满意度及健康教育知识评分比较,同时调查参与活动的医护人员对学堂的评价。结果 实施后患儿及家属满意度及健康教育知识评分显著高于实施前(均 $P < 0.05$);参与的医护人员对 8 个方面的评价均较高。结论 儿童学堂健康教育在儿科病房的应用可以提高患儿及家属满意度、健康教育知晓率,提高护理人员健康教育等方面的能力。

关键词: 儿童学堂; 健康教育; 人文关怀; 患者满意度; “互联网+”课堂; AI 机器人

中图分类号: R473.72 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2023.06.108

Implementation effect evaluation of "Children's Class" health education model in pediatric ward Meng Haohao, Mo Beirong, Wang Lili, Tang Li, Yang Huan, Department of Pediatrics, Union Shenzhen Hospital, Huazhong University of Science and Technology, Shenzhen 518000, China

Abstract: Objective To explore the application effect of "Children's Class" health education model in pediatric ward. **Methods** A children's class was established in the pediatric ward to provide children and their caregivers with health education. The compulsory courses included Internet plus learning, AI and robotics-based teaching, and face-to-face education, while the elective courses consisted of psychological counseling, reading, interest-oriented class and special class. Before and after the implementation of children's class, 150 children and their families were selected to compare their satisfaction and awareness of health education. Meanwhile, the medical staff involved were asked to comment on the program. **Results** After the implementation, the satisfaction of children and their families and the knowledge about illness were significantly improved (all $P < 0.05$). Medical staff positively appraised the intervention. **Conclusion** The application of "Children's Class" health education model in the pediatric ward can improve satisfaction of children and their families, and their awareness of diseases. It also enhances nurses' capability of health education.

Key words: children's class; health education; humanistic care; patient satisfaction; Internet plus class; AI robot

健康教育是公共卫生服务体系建设的的重要组成部分,健康教育知晓率的高低也是衡量一个科室乃至一个医院健康教育水平的标准,是医院护理质量评价的重要指标^[1]。通过对儿童、青少年等人群进行健康教育,可帮助他们树立健康的生活理念,普及健康知识,使他们从小养成健康的生活方式,从而实现健康文化的传承^[2]。患儿具有年龄小、认知能力低、语言交流能力弱等特点,因此对健康知识的接受能力也有限^[3]。患儿家属文化程度、生活背景、接受能力不同,对儿童健康教育的重视程度也各不相同,再加上儿科陪护更换频繁,这给儿科健康教育的连续性和系统性带来极大的问题和挑战^[3]。儿科护理人员的工作量大且工作繁琐、业务技术难度大,可用于健康教育的时间有限;还有部分护理人员健康教育知识缺乏、健康宣教意识不强、职业素养不高,使儿科健康教育缺

乏温度,容易加剧护患矛盾^[4]。2016 年 10 月中共中央、国务院印发了《“健康中国 2030”规划纲要》,提出了“建立健全健康促进与教育体系,实施健康儿童计划,加强儿童早期发展,加强儿科建设,从小抓起,普及健康科学知识”^[5]。我院儿科围绕儿童健康战略,以有效满足患儿及家属日益增长的健康需求为目标,创办了儿童学堂(Children Class,CC),初步构建了患儿及家属健康教育体系,取得了良好的效果和社会效益。报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 我院为一所三级甲等综合性医院,儿科开放床位 88 张,其中普通儿科 78 张,儿科 ICU 10 张。年收治患儿约 3 500 例次。儿科护理人员 30 人,均为女性,年龄 24~52 岁,平均 32.7 岁;硕士学历 1 人,本科 28 人,大专 1 人;其中副主任护师 1 人,主管护师 15 人,护师 8 人,护士 6 人。参与儿童学堂患儿纳入标准:①3~11 岁患儿,病情稳定;②住院时间 ≥ 3 d;③患儿或家属可以正常交流,同意参加本研究并签署知情同意书。排除标准:①患儿听力、视力或智力障碍;②患儿病情严重,需卧床休息,不适宜参加该活动。

作者单位:华中科技大学协和深圳医院 1. 儿科 2. 护理部(广东 深圳, 518000)

蒙好好:女,本科,副主任护师,总护士长

通信作者:莫蓓蓉,limo1997@163.com

收稿:2022-09-16;修回:2022-11-12

1.2 实施方法

1.2.1 成立儿童学堂管理小组 创办儿童学堂的过程中,成立以院领导为核心的儿童学堂管理小组,完善组织架构,建立三级管理体系。由副院长把控全局,制订项目计划及方案并监督实施。由护理部主任和副主任负责项目推进过程中的信息沟通并随时监督。由 30 名医护人员组成儿童学堂的主要工作人员,其中包括儿科护士长 1 名,医生 3 名,护工和助理护士各 1 名,儿科护士 24 名。30 名学堂工作人员分为 6 个专业小组,学堂采用小组责任制,明确职能职责,各组相互协调,相互促进。由护士长全面负责推进活动的具体实施,定期监督执行情况、及时反馈改进,把控实施过程中的风险。①专业组 8 人(包括 6 名护士和 2 名医生):主要由科室中级以上职称及 N2 以上层级的护理人员组成,负责制作健康教育课件、开展专业知识讲座及二维码视频宣教 PPT。②科研组 5 人(包括 4 名护士和 1 名医生):由科室护理研究生及科研经验丰富的护理人员组成,负责查阅文献、收集数据。③科普组 7 人:主要由护师职称及 N1 以上层级的护理人员组成,负责制作科普课件、对住院患儿及家属进行科普知识宣传。④活动组 6 人:由多才多艺(如舞蹈、绘画、唱歌等)的护理人员组成,负责筹备及举办儿童学堂主题活动。⑤心理组 2 人:均获得了国家二级心理咨询师资格证及参加过心理培训,负责对有心理问题的患儿及有焦虑情绪的家属进行心理疏导。⑥后勤组 2 人:由护工及助理护士组成,负责摄像以及学堂活动的后勤保障工作。

1.2.2 环境及课程准备 ①设计儿童学堂的 logo:选择绿色象征着健康、成长、安全、和平与希望,外形像半开的花瓣,守护着中间娇嫩的花骨朵,寓意通过“专业与人文牵手,医护与家属牵手”,全方位守护儿童健康。②改善科室环境:成立儿童学堂活动中心,设计八音敲琴形状的沙发,窗台的书吧像五彩斑斓的琴键,书吧旁边的照片墙上记录着儿童学堂的点点滴滴。③设计儿童学堂的课程:课程分为必修课和选修课。④儿童学堂的信息化建设:由学堂成员制作课件、二维码视频 PPT、原创动画视频、原创绘本、机器人宣教视频、医疗游戏等。

1.2.3 儿童学堂管理小组的培训与考核 由护士长及科室骨干作为培训老师,要求具有中级以上职称;本科以上学历;从事儿科工作 10 年以上。培训内容:①理论培训和技能培训。每月各 1 次理论培训和技能培训,每月培训 2 个学时,共培训 3 个月。理论培训包括儿科常见疾病知识(肺炎、腹泻、高热惊厥等)培训、人文关怀理论、儿科科普和急救知识等。②技能培训。护患沟通技巧培训,与患儿沟通技巧(语言沟通技巧和非语言沟通技巧等);与家属沟通技巧(倾听家属诉求、换位思考等);人文故事分享和叙事护理。考核分为理论知识考核和操作技能考核,每月各

1 次理论考核和技能考核。理论考核 80 分以上为合格。操作技能考核包括专业技能考核、护患沟通技巧、人文故事分享和叙事护理、各小组活动的流程的实施。技能考核 90 分以上合格。理论和技能考核合格后方可参与活动。

1.2.4 儿童学堂健康教育模式的实施

1.2.4.1 必修课 ①“互联网+”课堂:家属或患儿通过扫描二维码随时观看由专业组制作的宣教视频,如住院指导课(入院宣教)、疾病知识课、安全课(预防坠床、跌倒等)、医疗检查课(医疗检查知识)。护士根据患儿病情及需要每日引导家属或患儿观看相关视频宣教,每个视频 5~8 min。②AI 机器人互动课:护士每日鼓励患儿与机器人互动,并通过机器人观看科室原创宣教视频《药品不是糖豆豆》,科室原创音乐视频《大梦想家》或者观看动画片来缓解患儿紧张情绪。③面对面宣教课堂:由专业组成员以讲座的形式为患儿及家属进行健康宣教,并用道具等为患儿及家属进行示范并互动,每月 1 次,每节课 15~20 min。主要包括安全用药课堂、饮食指导课堂、急救知识课堂、科普课堂、正确佩戴口罩课堂、七步洗手法等。④出院必修课:家属观看出院宣教视频,患儿观看自制视频《预防疾病三字经》。

1.2.4.2 选修课 选修课每周开放 4 次,每次开放 2 h,每次安排 3 名小组成员对患儿及家属进行引导。患儿或家属可根据自己需求自行选择课程。①游戏心理课:由心理组护士全程陪伴引导患儿及家属并与患儿互动。为 3~5 岁的患儿准备了音乐、玩具,护士陪患儿们一起玩玩具、听音乐或观看动画视频;为 5~8 岁的患儿准备了游戏疗法、角色扮演、情景模拟,由护士、患儿及家属一起互相扮演医生、护士、患者等,或者用道具情景模拟患儿需要做的检查或治疗。为 8~11 岁的患儿准备了象棋、积木,由护士与患儿或患儿与家属一起下象棋或搭积木。患儿或家属亦可根据兴趣自行选择。在游戏过程中拉近与患儿的距离,了解患儿的心理状态及性格特点,对于存在负性情绪的患儿采取针对性干预。②阅读课:由护士或家属根据患儿需要陪伴其阅读绘本,为患儿准备了故事绘本、英文启蒙绘本以及科室原创医疗绘本。③兴趣班:由活动组护理人员为患儿上兴趣课如舞蹈、绘画、唱歌等或一起做手工等活动。④特色课:由活动组成员每月举办 1 次大型活动,为当月过生日的患儿举办生日会等。⑤爱心课堂:学堂的成员每 2 个月定期到学校或社区科普急救知识或医学知识。

1.2.5 风险防范 患儿在参与儿童学堂活动期间由护理人员观察患儿病情变化。活动结束后,确保对所有用到的书籍、教具、玩具、环境等进行物体表面消毒后再整理归位。

1.2.6 质控与督导 护士长每月对儿童学堂小组活

动实施情况进行督导,包括各小组工作的完成情况、流程、效果、患儿及家属配合度等。对活动中的优缺点、成功经验进行总结,对优秀成员提出表扬。对存在的问题进行原因分析,及时提出改进方案、调整计划和措施,确保儿童学堂活动的顺利开展。

1.3 评价方法 ①统计儿童学堂开展以来患儿参与活动的情况。②患儿及家属满意度。患儿出院时采用我科自制的满意度调查问卷对患儿或家属进行问卷调查。包括专业水平、服务态度、人文关怀 3 个维度 12 个项目,每个项目的满意度划分为非常满意(5 分)、满意(4 分)、一般(3 分)、不满意(2 分)、非常不满意(1 分),分值越高,满意度越高。每个维度取条目均分进行比较。③患儿及家属健康教育知识知晓情况。患儿出院时采用我科自制的健康教育知识知晓情况调查表对患儿或家属进行调查,包括入院须知、疾病宣教、用药宣教、饮食宣教、出院指导 5 个维度 12 个项目。每个项目的知晓划分为非常了解(5 分)、了解(4 分)、一般(3 分)、不了解(2 分)、非常不了解(1 分),分值越高,健康教育知识知晓程度越高。实施前(2019 年 9 月至 2020 年 9 月)与实施后(2020 年 10 月至 2022 年 3 月)分别抽查 150 份满意度与健康教育知晓情况调查表进行比较。④医护人员对参与儿童学堂的评价。采用自制调查表,邀请 5 名专家进行修订,包括提高了职业道德素质等 8 个条目,从“不认同”到“非常认同”分别计 1~4 分。其内容效度

为 1.00。对参与儿童学堂的 30 名工作人员进行调查。

1.4 统计学方法 采用 SPSS22.0 软件对收集的数据进行统计处理,以($\bar{x} \pm s$)表示计量资料,并采用 t 检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 儿童学堂活动情况 从 2020 年 10 月儿童学堂活动正式开始实施至 2022 年 3 月,“互联网+”课堂总共制作了 30 个视频,包括宣教视频和音乐视频;小组成员共制作原创绘本 8 本;举办面对面宣教课堂 14 次,共有 280 例次参与;共 840 例次参加了游戏心理辅导课;504 例次参加了阅读课;336 名例次参加了兴趣班;共举办特色活动 9 场;共为 8 例患儿举办了生日会;到社区或学校举办了 7 次爱心课堂。

2.2 实施前后患儿或家属满意度评分比较 见表 1。

表 1 实施前后患儿或家属满意度评分比较

分, $\bar{x} \pm s$					
时间	人数	专业水平	服务态度	人文关怀	整体满意度
实施前	150	3.51±0.63	4.03±0.43	3.45±0.48	3.66±0.40
实施后	150	3.67±0.45	4.19±0.44	3.60±0.48	3.82±0.39
t		2.593	3.163	2.591	3.387
P		0.001	0.002	0.001	0.001

2.3 实施前后患儿或家属健康教育知晓评分比较 见表 2。

表 2 对照组与干预组患儿或家属健康教育知晓评分比较

时间	人数	入院须知	疾病宣教	用药宣教	饮食宣教	出院指导	整体知晓
实施前	150	4.10±0.55	3.41±0.50	4.33±0.40	3.62±0.62	3.04±0.79	3.70±0.34
实施后	150	4.22±0.38	3.59±0.53	4.51±0.22	3.88±0.74	3.24±0.75	3.89±0.44
<i>t</i>		2.233	2.963	4.809	3.289	2.289	4.162
<i>P</i>		0.026	0.003	<0.001	0.001	0.023	<0.001

2.4 医护人员对参与儿童学堂的评价 见表 3。

表 3 医护人员对参与儿童学堂的评价($n=30$)

项目	评分($\bar{x} \pm s$)
提高了职业道德素质	3.22±0.65
提高了业务水平	3.19±0.62
提高了沟通能力	3.27±0.57
提高了心理素质	3.17±0.55
提高了护理质量	3.12±0.53
提高了健康教育能力	3.17±0.64
提高了应变能力	3.29±0.61
增强了责任心	3.30±0.60

3 讨论

3.1 儿童学堂健康教育模式可提高患儿及家属满意度 由于年龄小,患儿在医院会产生陌生及紧张的感觉,表现为对治疗的不配合以及哭闹。而受患儿疾病的影响,家属很容易出现负面情绪,甚至会导致护患纠纷的发生^[6]。随着医学科学技术的发展,医疗实践

越来越强调对人和生命的尊重^[7]。儿童学堂健康教育模式的实施,将人文精神融入到儿科护理服务中,建立了关怀性的护患关系,提高了护理质量,诠释了人文护理的理念^[8]。AI 机器人及原创视频宣教,转移了患儿注意力,缓解了患儿因住院而产生的紧张情绪;医疗游戏的角色扮演以医患互动的形式展开,使患儿能切实感受护理治疗的过程,缓解了患儿医疗恐惧,拉近了护士和患儿之间的距离。阅读可以使人获得知识,放松心情^[9]。通过护士和患儿一起阅读绘本,增加了患儿对医学知识的了解,提升患儿治疗依从性,改善了患儿家属的焦虑情绪。通过为患儿举办生日会、儿童节等节日活动,让患儿及家属切实感受到爱与关怀。同时,通过面对面课堂宣教,医护、患儿及家属之间的互动,有效促进了护患之间的关系,提升了就医体验。开展儿童学堂健康教育模式以来,通过举办课堂活动,增加了护士与家属的沟通交流与理解,增加了护患之间的信任,提高了患儿及家属满意

度。本研究结果显示,采取儿童学堂健康教育后患儿及家属满意度显著高于实施前,表明儿童学堂健康教育可提高患儿及家属的满意度。

3.2 儿童学堂健康教育可提高患儿及家属健康教育知识知晓度 健康教育是系统化整体护理的重要环节^[10]。部分患儿认知能力低,自控能力差,对治疗依从性差,而家属认知程度低将会直接导致患儿的遵医意识降低,影响临床治疗效果^[11]。因此,患者家属的健康教育知晓度就显得尤为重要。传统的健康教育缺乏针对性,无法满足不同患者的健康教育需求,因此,其效果欠佳^[12]。儿童学堂健康教育内容丰富、形式多样,寓教于乐,让患儿及家属更直接、更快地获得相关疾病知识,更积极主动地参与进来,从而提高相关知识掌握率。

健康教育多媒体化直观生动,对患儿更具吸引力^[13]。“互联网+”课堂通过二维码宣教结合了图像、声音、文字等多种形式,可以提高患儿及家属的兴趣,并且操作简便、可反复观看,有利于患儿及家属更好地理解并接受疾病知识。面对面课堂讲座通过 PPT 讲解、播放小视频、亲自示范、护患互动等形式对患儿及家属进行医学知识普及及解说,让患儿及家属印象深刻并易于接受,促进了家属对疾病的理解,也有助于提升家属护理技能。通过护患一起进行角色扮演或情景模拟医疗场景、阅读医疗绘本,帮助患儿理解医学知识和治疗过程,并有助于培养患儿的健康理念及健康生活习惯。学龄期是儿童意识、态度、习惯培养的关键时期,正确的健康理念引导对学龄期儿童尤为重要^[12]。本研究中,实施后患儿或家属健康教育知晓度显著高于实施前(均 $P<0.05$),提示儿童学堂健康教育可提高患儿及家属的健康教育知晓度。

3.3 儿童学堂健康教育可促进医护人员能力的提升 小儿是特殊群体,对疾病治疗及认知度较低,常因疼痛而哭闹,拒绝配合治疗^[14],塑造儿科医护人员的人文精神就显得更为重要^[15]。儿童学堂健康教育是一个易持续开展、可短期见效、提高护理质量及患儿满意度的质量改善模式。在实施活动过程中医护人员将被动服务转变为主动服务,激发了对健康教育活动参与的意识,提升了综合能力。儿童学堂小组的成员经过了全面、系统的专科知识培训,专科理论知识与操作技能得到提升;通过对学堂成员人文关怀理论及关怀性沟通技巧的培训、人文故事分享等,提高了小组成员的人文关怀能力和人文关怀意识,改变了传统的护理观念;活动中护理人员能够按步骤有计划地完成各项工作内容和各种健康教育活动的实施,增加

了自信心、责任心以及健康教育能力;在活动中通过与患儿及家属的频繁互动及沟通,提高了沟通和应变能力;在工作中,护理人员边探索、边实践、边总结,不断进行自查和和自我完善,提高了解决问题的能力、团队凝聚力与合作能力。通过问卷调查,工作人员 8 个条目的评分均值均在 3 分以上,说明护理人员非常认可儿童学堂健康教育对自身综合能力的提升作用。

参考文献:

[1] 王望红,肖曼丽,燕群美. 国外健康教育研究热点与前沿的可视化分析[J]. 护理学杂志,2013,28(6):86-88.

[2] 邵丽,郭蓓,刘玲. 新型健康教育模式在儿外科病房创建与应用[J]. 中国继续医学教育,2016,8(9):263-264.

[3] 林世英. 标准化健康教育模式在提高儿科病房健康教育知晓率的应用效果[J]. 数理医药学杂志,2018,31(10):1558-1559.

[4] 邓春燕,刘海容. 在儿科病房开展健康教育的难点及对策[J]. 当代医药论丛,2018,16(7):267-268.

[5] 中共中央国务院. 中共中央国务院印发《“健康中国2030”规划纲要》[EB/OL]. (2016-10-25)[2020-10-19]. http://www.gov.cn/xinwen/2016/10/25/content_5124174.htm.

[6] 钱美英,王红,谢安慰. 儿科低年资护士护患沟通影响因素的现象学研究[J]. 中国实用护理杂志,2021,37(2):134-138.

[7] 周晴,于双成,李佳迪,等. 吉林省某高校临床医学毕业生人文关怀能力现状及其影响因素[J]. 医学与社会,2021,34(10):104-107,128.

[8] 张秀伟,姜安丽. 护理人文关怀概念的研究现状与分析[J]. 中华护理杂志,2008,43(6):540-543.

[9] 宫梅玲,王连云,丛中,等. 阅读疗法治疗大学生心理疾病的研究[J]. 医学与社会,2001,14(5):54-56.

[10] Watson J. Nursing: the philosophy and science of caring [J]. Nurs Adm Q,1979,3(4):86-87.

[11] 罗曦,吴娟,欧瑞阳. 健康教育在小儿癫痫患者护理中的应用[J]. 中国急救医学,2018,38(z1):338.

[12] 王英杰,李杨. 以家庭为中心教育干预对癫痫患儿父母疾病认知及管理能力的影[J]. 护理学杂志,2018,33(1):86-88.

[13] 唐雪梅,冯碧霞,陈清秀. 个性化护理对急诊患者的精神状态影响探讨[J]. 山西医药杂志,2015,44(20):2453-2455.

[14] 龚婷,卞荆晶,王玮荻,等. 基于微信的知信行健康教育促进巨结肠术后患儿康复[J]. 护理学杂志,2019,34(2):67-68,72.

[15] 孙悦,尹梅. 儿童疾病诊治中的人文关怀[J]. 医学与社会,2015,28(3):69-71.

(本文编辑 吴红艳)

• 康复护理 •
• 论 著 •

靶向游戏训练对缺血性脑卒中患者上肢功能的影响

高蓓蓓,董斌,张霞,刘玉霞,陈弯弯

摘要:目的 观察靶向游戏训练对缺血性脑卒中患者上肢运动功能、日常生活活动能力、康复训练依从性的影响。方法 将 70 例缺血性脑卒中患者随机分为对照组 35 例(最终完成 34 例),观察组 35 例。对照组患者采取常规康复训练;观察组患者在常规康复训练基础上,给予靶向游戏训练,每天 40 min。8 周后评价两组患者上肢运动功能、日常生活活动能力及康复训练依从性。结果 观察组上肢运动功能、日常生活活动能力及康复训练依从性显著优于对照组(均 $P < 0.05$)。结论 靶向游戏训练可显著提高缺血性脑卒中患者的上肢运动功能及日常生活活动能力,维持康复训练依从性。

关键词:缺血性脑卒中; 靶向训练; 游戏训练; 肢体运动功能; 日常生活活动能力; 康复训练; 依从性

中图分类号:R473.74 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2023.06.112

Effects of targeted game training on upper limb function of patients with ischemic stroke Gao Beibei, Dong Bin, Zhang Xia, Liu Yuxia, Chen Wanwan. Department of Neurology, Binhu Branch of Hefei First People's Hospital, Hefei 230061, China

Abstract: **Objective** To observe the effect of targeted game training on upper limb function, ability to perform activities of daily living (ADL), and rehabilitation training compliance of patients with ischemic stroke. **Methods** Totally 70 patients with ischemic stroke were randomly divided into a control group of 35 and an experimental group of 35. Both groups were given routine rehabilitation training, while the experimental group was additionally provided with daily 40-minute targeted game training for 8 weeks. Upper limb function, ADL ability, and compliance with rehabilitation training were evaluated and compared at 8 weeks post intervention. **Results** The above-mentioned parameters in the experimental group were significantly better than the control group (all $P < 0.05$). **Conclusion** Targeted game training can significantly improve the upper limb function, ADL ability and compliance with rehabilitation training in patients with ischemic stroke.

Key words: ischemic stroke; targeted training; game training; limb movement function; ability to perform daily living activities; rehabilitation training; compliance

缺血性脑卒中是脑卒中最常见的一种类型,具有高发病率、高复发率、高致残率等特点^[1]。大部分患者会遗留不同程度的功能障碍,对患者运动能力及生活活动能力产生很大影响。尤其上肢的手部动作更为复杂、灵活、精细^[2],与日常生活活动息息相关,而上肢功能恢复往往较下肢缓慢^[3]。因此,卒中患者心理上更加重视上肢功能的恢复。康复训练对于脑卒中患者来说是极其漫长而艰巨的过程,患者容易产生不配合及消极心态,造成康复训练效果不佳。靶向训练是根据肢体运动功能中各项细则的评估结果,发掘薄弱项目,明确靶向目标,融合神经病学、心理学、教育学、康复医学等多学科理念,针对重点问题,设计以游戏为媒介的专项训练内容,对患者实施干预,达到促进患者肢体功能恢复的目标^[4-6]。我科对 35 例缺血性脑卒中患者采取靶向游戏训练,探讨对患者上肢功能的影响,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院神经内科 2021 年 6 月至

2022 年 7 月收治的 70 例缺血性脑卒中患者。入选标准:①头颅 CT 和/或 MRI 检查结果存在影像学证据,符合 2018 年中国缺血性脑卒中防治指南的诊断标准^[7];②神志清楚,无明显理解与沟通障碍,病情稳定可配合完成训练;③存在单个上肢或一侧肢体活动障碍;④年龄 18~90 岁;⑤住院时间 ≥ 7 d;⑥患者及家属均了解研究内容,签署同意书。排除标准:①因语言或认知障碍致无法完成各项评估;②既往有精神疾病、严重心肺功能不全史;③上肢残疾、畸形或患有其他疾病致活动受限。将 70 例患者采用随机数字表法分为对照组和观察组各 35 例,对照组中 1 例患者因病情变化无法完成本研究,最终参与研究患者共 69 例。两组一般资料比较,见表 1。本研究通过本院伦理委员会审批(2020-045-01)。

1.2 干预方法

对照组患者在入院后 48 h 内,接受常规康复训练,包括偏瘫综合训练、上肢运动训练。每天 2 次,每天训练总时长 ≥ 45 min^[8-9]。给予健康宣教,便于患者在出院前掌握常规康复训练方法。组建微信群,管理员为参与本研究的主要人员,引导患者及家属入群。群内定时发布卒中康复训练视频,鼓励病友间互相交流。观察组患者在此基础上,增加靶向游戏训练,另外单独建立微信群,由参与研究者共同管理,具体方法如下。

作者单位:合肥市第一人民医院滨湖院区神经内科(安徽 合肥,230061)

高蓓蓓:女,本科,主管护师,副护士长

通信作者:董斌,dongbin676@163.com

科研项目:2020 年度安徽医科大学校级科研基金项目(2020xkj237)

收稿:2022-10-22;修回:2022-12-19

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	住院天数 [$M(P_{25}, P_{75})$]	瘫痪上肢(例)		文化程度(例)			
		男	女			左侧	右侧	文盲	小学	中学	大学及以上
对照组	34	20	14	65.26 $\pm$ 11.84	11.00(9.00, 14.00)	19	15	8	13	11	2
观察组	35	21	14	65.86 $\pm$ 10.54	10.50(9.00, 14.00)	20	15	6	15	13	1
统计量		$\chi^2=0.010$		$t=-0.220$	$Z=0.411$	$\chi^2=0.010$		$Z=-0.307$			
P		0.921		0.827	0.681	0.916		0.759			

1.2.1 人员时间环境安排 ①人员。研究小组成员均为中级以上职称。组长为主任医师,负责病例选择、方案设计、训练时间安排、与其他部门的协调工作;副组长为研究项目负责人,负责工作人员的培训,监督落实执行情况,收集分析资料;1名康复医师负责对患者进行量表的评定;其他组员还包括1名医生,1名卒中岗位护士、2名健康管理师、1名护理管理者。全员轮流负责在现场督导患者康复训练。②时间。白天患者大多需要进行治疗及常规康复训练,安排在晚餐后1h左右进行。每周不少于5次,每天训练时长30~40 min。③环境。将科室原有的康复训练室进行改造,面积约40 m²,光线适宜、场地安全。一侧空白墙面装有安全扶手,一侧放置储存柜,备有一定数量的泡沫地垫及各种类型的儿童益智玩具。玩具包括串珠、魔方、儿童飞镖、手拍鼓等。所有用具定点放置,每日使用前后检查有无损坏,并进行清洁消毒。另备投影仪和视频播放设备。

1.2.2 明确靶向目标 使用Fugl-Meyer运动功能评分量表,评估上肢相关部分内容有33项,合计66分。其中肩-臂伸屈运动项目22分,肩-臂协同运动项目6分,肩-臂分离运动8分,腕-手运动项目24分,上肢协调项目6分,得分低于总分85%者存在明显的运动障碍,低于50%者为严重的运动障碍^[10]。操作者在干预前对患者进行评估,单项得分低于该项总分85%的项目,作为重点改善环节,即靶向目标。

1.2.3 设计游戏内容 针对患者运动功能中的靶向目标及运动障碍严重程度,拟定可供患者选择的专项游戏内容。先向患者介绍各种游戏的方法及适应证,再协商制订具体计划单,包括项目内容选定、需要参与的频次。①肩部、手臂伸屈运动障碍者,选择的的游戏是“拍拍乐”。使用可以调节高度的玩具“摸高神器”,初始高度为患者手臂抬起能触及的最大高度,根据患者恢复情况,实时调整摸高器的高度。②肩部、手臂协同运动障碍者,选择揪尾巴游戏,玩具为一条宽弹力腰带,腰带上使用魔术贴粘上十几条尾巴,系在患者腰间围成一圈。患者躯干保持中立位,利用惯性前后摆动手臂,按照从身前到身后、近侧到远侧的顺序,将腰间的尾巴依次揪下来。如此反复,每次训练2~3组,每组之间可休息30 s。③肩臂伸屈、协同、分离运动三项中,有两者同时并存活动障碍者,进

行弹力拉拉球游戏。使用的玩具为一个中央带孔的梭形球,两根拉绳从孔中穿过,绳末端配有手柄,此项目由工作人员配合完成。操作者与患者相对而坐,距离约2 m,两人分别握住拉绳一端的两只手柄,工作人员一边喊口号,一边带领患者做“开合”动作,让绳上的小球在两人之间来回移动。20~30次为一组,循环进行3~5组,每组之间休息1 min。④上肢协调或同时伴有腕手活动功能障碍者,可选套圈、投壶、飞镖等游戏。每组训练2~3 min,组间休息30 s,共3组。⑤仅腕、手部活动障碍者,选择趣味绕珠训练、转盘游戏训练。患者取坐位,游戏玩具放置的位置距离患者胸部一肘距离,有利于患者在游戏中同时训练肘部屈曲运动。利用套杯、夹弹珠、串珠等游戏,训练患者手部各种抓握动作及精细运动。每组训练1~2 min,组间休息30 s,共3~5组。⑥为了强化训练患者上肢各关节全方位的活动能力,可再增加一项相对复杂的游戏,如转魔方、掷飞盘、打地鼠、击鼓、蚂蚁搬家、滚珠迷宫等^[11-12],这类游戏的运动量、难度增加,由患者自愿选择其中1项进行,操作者及家人在旁给予鼓励,督促患者最大程度完成其中的内容。每次训练时间不超过10 min,分3组完成,组间休息1 min。⑦每个训练项目搭配有节奏的背景乐,活跃现场气氛。单日训练项目不超过4项,所有游戏项目必须由患侧肢体主导完成,如患侧肢体移动存在障碍,操作者指导患者进行Bobath握手^[13],依托健侧肢体力量带动患侧肢体进行训练,不得依赖他人完成。干预过程中,若发现患者此项游戏完成困难,选择同类型游戏替换。如患者游戏过程顺利,操作者重新设计游戏难度,逐渐增加每次的训练强度。同时每周再进行1次上肢功能评分,确认新的靶向目标,进一步调整游戏的项目及内容。⑧每次训练结束后,操作者在计划单相应栏目中记录参与完成情况。⑨每次同时参加训练者不超过6例,家属陪同。训练初期,由研究组成员进行引导,辅助患者完成游戏内容,家属可以在旁观摩。3 d后家属可尝试代替操作者的角色,辅助患者训练,操作者在一旁监督纠错。确保在训练进行的5 d内,家属或患者已掌握现阶段的训练内容。

1.2.4 出院后追踪随访 根据患者情况及时调整游戏的内容及强度,当其中1项游戏训练内容时间超过7 d时,选择其他项目进行更替,保持患者对游戏的新鲜感及兴趣。两组患者出院后,每周以电话、网络及

门诊回访形式完成相关的量表评定。每日通过线下或线上沟通患者居家训练的参与情况。

1.3 评价方法 两组患者干预前及干预 4 周后、8 周后分别采用 Fugl-Meyer 上肢运动功能评分、改良 Barthel 指数评分进行评价,并统计患者康复训练的依从性。Barthel 指数中与手功能密切相关的进食、修饰、穿衣 3 项,每项 5 分,合计 25 分,评分越高表示患者生活能力越好。康复训练依从性计算公式为:实际参加训练次数/应参加训练次数 $\times 100\%$ ^[11]。两组患者出院后,每周以电话、线上及门诊等回访形式完成相关的量表评定,自评量表使用问卷星形式进行调查。每日在微信群内以打卡的方式,统计患者居家训练的依从性。评估调查均由研究小组成员完成。

1.4 统计学方法 对两组数据使用 SPSS26.0 软件进行分析,采用 *t* 检验、 χ^2 检验、秩和检验和重复测量的方差分析。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 不同时间两组患者 Fugl-Meyer 上肢运动功能评分比较 见表 2。

表 2 不同时间两组患者 Fugl-Meyer 上肢运动功能评分比较				
组别	例数	干预前	干预 4 周后	干预 8 周后
对照组	34	22.85 $\pm$ 11.18	25.56 $\pm$ 9.13	32.03 $\pm$ 9.63
观察组	35	22.43 $\pm$ 11.55	32.14 $\pm$ 10.89	40.37 $\pm$ 9.91
<i>t</i>		-0.155	2.718	3.545
<i>P</i>		0.877	0.008	0.001

注: $F_{\text{干预}}=4.022, F_{\text{时间}}=250.652, F_{\text{交互}}=16.170$,均 $P<0.05$ 。

2.2 不同时间两组患者进食、修饰、穿衣总分比较 见表 3。

表 3 不同时间两组患者进食、修饰、穿衣总分比较				
组别	例数	干预前	干预 4 周后	干预 8 周后
对照组	34	5.35 $\pm$ 4.43	10.12 $\pm$ 4.08	15.26 $\pm$ 2.74
观察组	35	5.34 $\pm$ 3.94	12.91 $\pm$ 4.64	19.23 $\pm$ 4.23
<i>t</i>		-0.010	2.657	4.603
<i>P</i>		0.992	0.010	<0.001

注: $F_{\text{干预}}=6.461, F_{\text{时间}}=548.842, F_{\text{交互}}=13.133$,均 $P<0.05$ 。

2.3 不同时间两组患者康复训练依从性评分比较 见表 4。

表 4 不同时间两组患者康复训练依从性评分比较				
组别	例数	1~4 周	5~8 周	<i>t</i> <i>P</i>
对照组	34	74.62 $\pm$ 7.61	63.62 $\pm$ 8.38	5.571 <0.001
观察组	35	84.40 $\pm$ 6.72	81.95 $\pm$ 6.61	1.817 0.078
<i>t</i>		5.670	10.107	
<i>P</i>		<0.001	<0.001	

3 讨论

3.1 靶向游戏训练可改善患者上肢运动功能 近年来,游戏训练已广泛运用于脑卒中康复治疗中,其在脑卒中患者上肢运动功能中的康复效果均得到证实^[4,11-12,14-17]。常见的有体感游戏、视频游戏等,此类型多需要依赖各种信息化软件和电子设备产品,但脑卒中患者的视觉、听觉能力均有不同程度衰退,接受程度有待考究。另外目前市场上大部分的电子游戏产品多产自国外,国内尚在研发中^[14-17]。由于产权的垄断,获取渠道困难,加之传统思想上抵触电子游戏产品,国内家庭使用并不普遍,患者难以获益。本研究使用的用具多为儿童早教益智玩具,游戏项目多样化,具有一定娱乐性。其外观更是色彩鲜艳、造型精美、性能安全、购买便捷、干预成本低。还有一种常见类型是小组或团体式游戏,主要是通过病患在同一种游戏中进行互动,激发患者的潜能^[11,18],不足的是,忽视了患者年龄、性别、病程、临床表现等差异。靶向游戏训练不仅可以通過特定的动作模式,刺激大脑的运动中枢,促进神经重塑,改善肢体运动功能^[12],且充分考虑患者的现状及个性化需求,专程刻意地纠正运动功能中的某一缺陷,方向精准。此外,靶向游戏训练场地、人员数量、时间不受限制,相对于团队训练,更易被患者接受。本研究实施干预 4 周后及 8 周后,观察组患者上肢运动功能评分显著高于对照组(均 $P<0.05$)。可见靶向游戏训练在提高肢体瘫痪患者运动功能中具有重要意义。

3.2 靶向游戏训练可提高患者日常生活活动能力 改善患者日常生活活动能力是卒中后康复训练的另—项主要目标^[19-20]。据报道,卒中患者每日离床活动的时间不足 5 h,不利于受损的神经功能恢复^[21-22]。游戏训练选择的时间为晚饭后,一是患者家属此时间段能够参与。其次饭后进行一些轻体力活动,合理和充分利用康复任务之外的业余时间,增进患者舒适度^[11]。三是可促进患者控制体质量、血糖,增进心肺功能等。游戏训练中,患者需掌握并使用工具完成预先设计的特定动作,如转魔方、夹弹珠、串珠等游戏,动作与日常生活中的拧毛巾、使用筷子、系扣子等行为非常相似,游戏过程中,不仅患者肢体活动功能得到锻炼,同时将患肢运动功能转变为生活活动能力,提高患者完成生活活动的自主性,最大程度恢复患者日常生活活动能力^[23]。结果显示,干预后观察组患者与上肢相关的三项活动评分显著高于对照组($P<0.05$)。

3.3 促使患者保持良好的依从性 卒中患者的肢体功能恢复最佳时机为发病后 10 周内^[24]。对于脑卒中患者来说,康复训练的参与情况尤为重要。虽然患者在院治疗期间,康复动机格外强烈^[25],但出院回归家庭社区后,由于缺乏专业人员的现场督导,患者的康复锻炼行为执行意向欠缺,主动参与程度低,训练依

从性随着时间呈递减变化,甚至不足 50%^[26-27]。且脑卒中患者多为 60 岁以上,认知及记忆能力均有所下降,很难在有限的时间掌握传统康复训练要点。靶向游戏训练方法具有浓厚的趣味性和娱乐功能,用具使用简单,即使普通民众在观摩一次或者阅读说明书后便可掌握,可满足不同文化背景、不同时间段患者的康复需求,容易被患者接受。亦有研究证明,游戏干预的训练方法可改善患者心理健康状况及认知功能,已在社区家庭康复中逐步推行^[28-29]。家庭成员中如有幼儿,让患者担任照护者的角色,带领幼儿互动游戏,发挥患者的能动性,在进行康复训练的同时,通过与亲人的互动,让患者能够感受到“我是有用的”,提升患者幸福感,避免训练过程中出现“消极怠工”现象。本研究中,对照组前 4 周及后 4 周依从性显著低于观察组,且时间越久,依从性下降越明显(均 $P < 0.05$)。观察组患者训练依从性伴随时间推移,无明显改变($P > 0.05$)。

4 小结

本研究在传统肢体功能康复训练基础上,加入靶向游戏训练方法后,脑卒中患者的上肢运动功能及日常生活活动能力得到很大提高,康复训练的依从性稳定在较高水平。该方法可运用至其他相关领域,如认知障碍患者的康复,使更多的群体获益。但此项研究仍存在局限性,部分脑卒中患者由于疾病本身限制,早期需要卧床休息,不适宜离床参加游戏活动,本次研究尚未设计出适宜卧床、危重患者的游戏内容。另外,脑卒中早期康复是一个长期的过程,由于院外追踪随访、时长受限,患者训练的依从性的计算有待细化。今后研究需增加病例类型、扩大病例数,并对患者进行更加全面的评估,组建多学科团队,与社区工作人员协同管理,设计出更多具有中国文化特色的方案,进一步提升脑卒中患者康复效果。

参考文献:

[1] 王陇德,彭斌,张鸿祺,等.《中国脑卒中防治报告 2020》概要[J]. 中国脑血管病杂志,2022,19(2):136-144.

[2] 贾杰. 创新与循证并进 中枢与外周交融——ISPRM 2016 上肢及手功能康复研究专题报道[J]. 中华物理医学与康复杂志,2016,38(7):550-554.

[3] Azad T D, Veeravagu A, Steinberg G K. Neurorestoration after stroke[J]. Neurosurg Focus,2016,40(5):E2.

[4] 赵非一,夏小芥,韩茨,等. 游戏疗法在心理性疾病干预、康复中的应用及其心理、神经生理学机制研究[J]. 精神医学杂志,2016,29(2):155-160.

[5] 叶菁菁,黄俊. 阶梯式靶向训练课程模式应用于高职护理技能竞赛培训中的探索与实践[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2022,43(5):472-476.

[6] 李彤,张芬,张会聪,等. 引导式教育用于脑卒中患者康复训练效果观察[J]. 护理学杂志,2022,37(17):1-4.

[7] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018[J].

中华神经科杂志,2018,51(9):666-682.

[8] Power W J, Rabinstein A A, Ackerson T, et al. 2018 guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association[J]. Stroke, 2018, 4(3): 46-110.

[9] Royal College of Physicians. National clinical guideline for stroke[M]. 5th ed. London: The Intercollegiate Stroke-Working Party, 2016:108-109.

[10] Sullivan K J, Tilson J K, Kcen S Y, et al. Fugl-Meyer assessment of sensorimotor function after stroke: standardized training procedure for clinical practice and clinical trials[J]. Stroke, 2011, 42(2): 427.

[11] 刘敏. 正中神经断裂修复术后住院患者小组式游戏训练方案的设计与临床应用研究[D]. 苏州: 苏州大学, 2019.

[12] 庄彦飞, 吴益明, 邹善营, 等. 情景游戏训练结合限制性诱导疗法对脑卒中患者上肢功能的影响[J]. 广西中医药大学学报, 2022, 25(3): 17-19.

[13] 梁丽, 陈姣, 黄彩艳. Bobath 握手防脱手套对脑卒中上肢偏瘫患者上肢功能康复的影响[J]. 吉林医学, 2022, 43(9): 2499-2501.

[14] 张聂强. 游戏化脑卒中手部康复产品设计研究[D]. 济南: 山东大学, 2022.

[15] 刘智慧, 陈雪梅, 周兰姝. 视频游戏对脑卒中偏瘫患者康复效果的 Meta 分析[J]. 中华护理杂志, 2017, 52(10): 36-41.

[16] 金毅, 王圣斌. 体感互动游戏对脑卒中偏瘫患者上肢运动功能的影响[J]. 中国康复, 2016, 31(2): 151-152.

[17] 曹雅燕. 手功能康复训练机器人软件系统的设计与实现[D]. 西安: 西安电子科技大学, 2018.

[18] 郑萍萍, 李丹, 郑晓丽, 等. 团体益智游戏对老年轻度认知障碍患者情绪状态和认知功能的影响[J]. 护理管理杂志, 2019, 19(7): 530-533.

[19] 薛凯文, 刘翔翔, 张泽宇. 脑卒中患者日常生活活动能力评定量表反应性研究进展[J]. 康复学报, 2022, 32(4): 374-380.

[20] 张颖杰, 黎月娥, 黄志强, 等. 区域医联体延续护理对脑卒中患者自我护理能力及生活质量的影响[J]. 护理学杂志, 2021, 36(22): 87-90.

[21] Tieges Z, Mead G, Allerhand M, et al. Sedentary behavior in the first year after stroke: a longitudinal cohort study with objective measures[J]. Arch Phys, 2015, 96(1): 15-23.

[22] English C, Manns P J, Tucak C, et al. Physical activity and sedentary behaviors in people with stroke living in the community: a systematic review[J]. Phys Ther, 2014, 94(2): 185-196.

[23] 闫培培, 王彩梅, 程继红, 等. 分级运动想象训练联合作业疗法对脑梗死后偏瘫患者肢体功能障碍的影响[J]. 内蒙古医学杂志, 2022, 54(2): 252-254.

[24] 张文, 李金梅, 梁淑灵, 等. 早期康复训练对脑卒中下肢偏瘫患者的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2022, 26(3): 66-68.

[25] Yao M,Chen J,Jing J,et al. Defining the rehabilitation adherence curve and adherence phases of stroke patients: an observational study[J]. Patient Prefer Adherence, 2017,11(8):1435-1441.

[26] 张珊珊,孙成梅,杨丽,等. 首发脑卒中患者康复锻炼行为执行意向及影响因素分析[J]. 护理学杂志,2021,36(22):12-16.

[27] 盛晗,邵圣文,王惠琴,等. 脑卒中患者康复锻炼依从性动态变化的研究[J]. 中华护理杂志,2016,51(6):712-715.

[28] 陈梅,付从会,崔燕萍,等. 游戏疗法对老年脑卒中认知功能及情绪障碍的影响[J]. 中国康复,2017,32(5):394-396.

[29] 郑家映,陈雪萍. 游戏在老年痴呆患者康复护理中的应用现状[J]. 护理学杂志,2016,31(15):100-103.

(本文编辑 吴红艳)

• 论 著 •

介护师参与下多学科延续护理对脑卒中肢体功能障碍患者康复的影响

范彩英¹,洪翠芹²,宋斌³,周婕⁴,方锦⁵,金翠红⁵,夏道青⁵

摘要:目的 探讨介护师参与下的多学科延续护理对脑卒中肢体功能障碍患者康复效果的影响。方法 将104例脑卒中肢体功能障碍患者按照入院时间分为对照组与观察组各52例。对照组实施常规出院护理模式,观察组在此基础上实施介护师参与下的多学科延续护理模式。出院后6个月对两组患者康复依从性,焦虑、抑郁评分,肢体运动功能,生活自理能力及再入院等情况进行比较。结果 对照组完成随访48例,观察组完成随访49例。出院后6个月观察组患者康复依从性、运动功能及生活自理能力评分显著高于对照组(均 $P<0.05$),焦虑、抑郁评分,急诊及门诊就诊次数显著低于对照组(均 $P<0.05$)。结论 对脑卒中肢体功能障碍患者实施介护师参与下多学科延续护理能提高患者的康复依从性,改善其焦虑、抑郁情绪,有助于患者肢体运动功能恢复,提高生活自理能力。

关键词:脑卒中; 肢体功能障碍; 多学科协作; 介护师; 延续护理; 依从性; 焦虑; 抑郁

中图分类号:R473.74 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2023.06.116

Effects of multidisciplinary continuous nursing with the participation of caregiver on recovery of stroke survivors with limb dysfunction Fan Caiying, Hong Cuiqin, Song Bin, Zhou Jie, Fang Jin, Jin Cuihong, Xia Daoqing. Department of Nursing, Fengcheng Hospital of Fengxian District in Shanghai, Shanghai 201411, China

Abstract: **Objective** To explore the effect of multidisciplinary continuous nursing with the participation of caregiver on recovery of stroke survivors with limb dysfunction. **Methods** Totally 104 stroke survivors with limb dysfunction were divided into a control group and an observation group, each of 52, according to admission time. Both groups received routine nursing after discharge, while the observation group was additionally provided with multidisciplinary continuous nursing with the participation of caregiver. Six months after discharge, rehabilitation compliance, anxiety and depression scores, limb motor function, self-care ability and readmission were compared between the two groups. **Results** Finally, 48 patients in the control group and 49 in the observation group completed the follow-up. Six months after discharge, the scores of rehabilitation compliance, motor function and self-care ability of the observation group were significantly higher than the control group (all $P<0.05$), while anxiety and depression scores, as well as emergency and outpatient visits were significantly lower in the observation group than the control group (all $P<0.05$). **Conclusion** Implementation of multidisciplinary continuous care with the participation of caregiver can improve patients' rehabilitation compliance, relieve their anxiety and depression, promote the recovery of the limb motor function and self-care ability.

Key words: stroke; limb dysfunction; multidisciplinary collaboration; caregiver; continuing care; compliance; anxiety; depression

脑卒中亦称脑血管意外,它的特点是发病率、致残率、病死率及复发率高,为中国致死、致残的首要病因^[1]。脑卒中发生后,75%患者留有不同程度的肢体障碍,严重影响生活质量,给家庭带来了沉重的经济压力和社会负担^[2]。由于受医疗体制、经济条件等诸多因素影响,患者不能长期住院医治,病情稳定便回家休养,因此家庭就成为脑卒中患者最主要的康复场所。如何提高此类患者出院后的健康状况,是临床护理工作研究的重要课题。《“健康中国2030”规划纲要

作者单位:上海市奉贤区奉城医院 1. 护理部 2. 老年科 3. 科教科 4. 康复科 5. 神经科(上海, 201411)

范彩英:女,本科,副主任护师

通信作者:周婕,645046381@qq.com

科研项目:上海市奉贤区科委基金项目(20191215)

收稿:2022-10-19;修回:2022-12-18

要》指出,面对国内日益严重的脑卒中等慢性病情况,应以患者需求为导向,开展多种形式的慢性病治疗及护理,实现人人健康的共同愿望^[3]。多学科延续护理是以患者为中心,多个学科合作,将患者住院期间的护理服务延伸至社区或家庭,为患者提供全面、优质的诊疗和护理服务。介护是对身心残障者进行专业性援助,满足被介护者身体、精神、社会各方面需求,最终提高被介护者的生活质量,最大限度地实现其人生价值^[4]。本研究探讨介护师参与下多学科延续护理对脑卒中患者出院后身心健康恢复的影响,旨在探讨进一步促进此类患者康复的有效方法。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2019 年 10 月至 2022 年 2 月在我院神经内科收治入院的 104 例脑卒中肢体功能

障碍患者为研究对象。纳入标准:①符合《第四届全国脑血管病学术会议》中有关脑卒中诊断标准^[5],并由头颅 CT 或 MRI 检查确诊;②年龄 18~80 岁,意识清楚能配合;③首次发病兼有肢体运动功能障碍,Fugl-Meyer 运动功能量表(Fugl-Meyer Assessment, FMA)^[6]评分>50 分;④家住医院附近,同意参与研究并签署知情同意书;⑤患有其他疾病但在住院期间无需特殊治疗且不影响第一诊断。排除标准:①有严重心、肝、肾疾病;②病情进展加重;③有严重认知、精神及语言障碍。将 2019 年 10 月至 2020 年 12 月入院的患者作为对照组,将 2021 年 1 至 2022 年 2 月入院的患者作为观察组,每组 52 例。两组患者一般资料比较,见表 1。本研究经医院医学伦理委员会批准通过[(2019)奉医伦审第(001)号]。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	住院天数 (d, $\bar{x} \pm s$)	文化程度(例)				脑卒中类型(例)	
		男	女			高中以上	高中	初中	小学及以下	缺血性	出血性
对照组	52	27	25	64.78±2.86	12.78±2.74	3	9	15	25	45	7
观察组	52	29	23	65.26±2.48	12.57±2.56	4	6	16	26	43	9
统计量		$\chi^2=0.155$		$t=0.914$	$t=0.404$	$Z=-0.268$				$\chi^2=0.296$	
P		0.694		0.363	0.683	0.789				0.587	

1.2 方法

1.2.1 干预方法

两组患者住院期间均按神经内科常规治疗、护理,开展康复训练。出院后对照组实施常规出院护理。①健康指导:出院当天责任护士从饮食、药物、疾病注意事项等方面对患者及家属进行指导,发放出院友情联系卡、《脑卒中患者家庭护理手册》及康复依从日记本,并交代记录要求;康复师实行家庭康复训练指导。②随访要求:建立患者电话随访联系档案,责任护士在患者出院后 1 周随访 1 次,以后每月电话随访 1 次,持续 6 个月,主要了解患者身体状况、康复训练、饮食、服药、生活习惯等情况,根据患者情况做好相关指导,并督促患者做好康复依从记录及门诊按时复诊;此外,患者出院后 1 个月、3 个月、6 个月到脑卒中专科护理门诊进行随访,带好近 6 个月内门急诊就诊及住院相关资料。观察组在对照组基础上实施介护师参与下的多学科延续护理,具体如下。

1.2.1.1 建立多学科脑卒中护理团队 团队成员均具有本科及以上学历,中级及以上职称,10 年及以上工作经历。护理部副主任为组长,负责团队管理、全程指导、团队例会;课题主持人负责制订工作制度、随访流程、质量控制,并对团队成员进行延续护理方案、人本原理、PDCA 循环等内容培训及线上理论考核,≥85 分为合格,合格率为 100%;神经科医生 1 名,负责疾病评估及治疗方案制订;康复师 2 名,负责康复评估、制订个体化康复训练方案及康复指导,根

据患者康复情况及时调整方案;神经科护士 3 名,负责护理评估、建立患者电子信息档案、个性化健康教育、电话随访、微信资料整理及上传;介护师 4 名,经过上海市红十字会介护理论、技能培训,考核通过取得老年介护师资格证,并到日本研修介护理念和介护技术,负责居家环境评估及家庭护理技巧;心理咨询师 2 名,负责心理评估及心理干预。建立团队微信群,团队成员间保持电话通畅。

1.2.1.2 出院前准备 ①建立脑卒中患者信息档案:患者出院前 3 d,由 2 名护士输入患者联系电话及详细地址,并确认家庭地址及通行路线,以便随访。②制订个性化延续护理方案:患者出院前 2 d,团队成员与患者进行沟通,对其资料进行分析,全面评估患者生理功能、心理状况、健康行为、社会环境等方面存在的问题,以便针对性进行出院指导,同时依据患者出院时健康状况及护理需求,制订延续护理方案。③知情同意:告知患者延续护理方案实施流程及意义、随访时间,患者知情同意后签字。

1.2.1.3 实施多学科延续护理方案

1.2.1.3.1 出院时宣教 ①小群体健康教育。对近 1 周内出院的患者及家庭照护者进行集体培训。a. 现场指导:采取讲座结合操作示范方式,由康复师对照照护者进行康复锻炼指导。被动锻炼主要帮助患者做关节的屈伸,内外旋转、外展内收等运动,活动时宜循序渐进,活动顺序由远及近,活动幅度从小到大,训练 2 次/d,20 min/次。主动锻炼包括手指捏握弹力球,用健侧手握住患侧手进行上肢的上抬、旋转等锻炼;

下肢先在床上做直腿抬高、搭桥、站立和步行等训练,每日训练强度及时间以患者能耐受为度。鼓励患者主动活动,根据具体情况逐渐增加运动量,让患者自己锻炼吃饭、穿衣、刷牙、洗脸、大小便等生活自理能力。b. 视频指导: 介护师播放脑卒中居家介护知识(血压监测、自我管理、突发事件应对)、介护技术(吃饭、穿衣、刷牙、洗脸、大小便、移动等)、心理介护(照护者与患者间的沟通技巧)视频,遇到重要内容,现场示范讲解,提高家属照护能力。②个性化健康教育: 出院当天护士结合出院评估情况对患者进行一对一健康教育,主要包括疾病相关知识、健康生活方式以及家庭康复训练三方面内容,并发放《脑卒中患者家庭护理手册》;发放患者康复依从日记本,记录按时服药、按时训练、合理饮食、生活作息、按时复诊 5 个项目,指导患者在每晚睡前记录 1 次,提高治疗依从性。

1.2.1.3.2 出院后随访 ①家庭访视: 出院后康复师、介护师每月访视 1 次,每次随访时间为 45~60 min,随访 6 个月并做好记录。康复师按计划指导患者康复训练,并根据患者恢复情况与介护师一起调整康复计划。介护师根据每例患者情况实施介护援助,如借助步行器进行步行训练及脑卒中专用食用勺代替筷子、将纽扣改成魔术粘贴块便于穿衣等使操作简单化,让患者学会生活自理技巧,发挥患者残存能力,并对患者的生活环境进行评估,消除环境中的障碍物,避免患者锻炼时碰伤,使患者坐着轮椅自由出入各个房间,自行拿取物品;教会照护者居家护理技能,使其成为照护患者日常生活起居的介护员;根据患者的生活起居,在服药、锻炼、生活作息、随访方面与患者及照护者一起设置闹钟提醒,增强患者自我管理意识。②微信指导: 出院前 1 d,护士指导患者及照护者加入脑卒中患者延续护理群,延续护理小组通过微信群每周一晚 18:30~19:30 发送脑卒中康复训练视频、居家照护技巧及康复知识讲座(团队成员按计划准备资料,按照患者需求随时调整讲课内容)。每周四晚同一时间举行护患交流会。先由护士统一指导随访中存在的护理问题,再解答患者或家属提出的问题,对不能解答的问题及时反馈给团队相关人员,最后邀请成功案例进行康复锻炼、护理技巧等方面的经验分享,增强患者信心,提高康复依从性。

1.2.1.4 加强多学科延续护理方案管理 制订多学科协作管理方案,团队成员分工明确,各司其责,按时召开月例会,上报工作进度,分析和总结团队工作情况,对存在的问题讨论解决,组长和课题主持人每周对实施情况进行监督,发现问题群内及时反馈,确保方案有效落实。

1.2.2 评价方法

于患者出院时和出院后 6 个月评价健康结局,出院后 6 个月同时评价康复依从性,采用问卷星进行调

查。调查与评价采用单盲法,由专人实施。

1.2.2.1 康复依从性 采用康复依从性量表^[7]评价患者对医疗指导的遵从程度,包括按时服药、按时训练、合理饮食、生活作息、按时复诊 5 个项目的依从性程度。完全依从计 3 分、大部分依从计 2 分、少部分依从计 1 分、没有依从计 0 分。总分 15 分,10~15 分表明患者依从程度高,5~9 分为一般,0~4 分表明依从程度低,该量表 Cronbach's α 系数为 0.86。

1.2.2.2 健康结局 ①心理状态评定。采用汉密顿焦虑量表(Hamilton Anxiety Scale, HAMA)(14 项)和汉密顿抑郁量表(Hamilton Depression Scale, HAMD)(17 项)^[8]。其中 HAMA 总分 >29 分为严重有焦虑,22~29 分为明显有焦虑,15~21 分为肯定有焦虑,7~14 分为可能有焦虑,<7 分正常。该量表 Cronbach's α 系数为 0.93;HAMD 总分 >24 分为严重抑郁,18~24 分为中度抑郁,7~17 分轻度抑郁,<7 分正常。该量表 Cronbach's α 系数为 0.92。②FMA^[6]。对患者的上肢及下肢功能进行评价,包括反射活动、协同运动、协调能力及速度等 50 个条目,总分为 100 分,<50 分为严重运动功能障碍,50~84 分为明显运动功能障碍,85~95 分为中度运动功能障碍,96~99 分为轻度运动功能障碍,分数越高则表明肢体运动功能障碍程度越低。该量表 Cronbach's α 系数为 0.95。③日常生活能力(Activities of Daily Living, ADL)。包括如厕、进食等 10 项内容,总分 100 分,≤40 分为重度依赖,全部需要他人照护;41~60 分为中度依赖,大部分需要他人照护;61~99 分为轻度依赖,少部分需要他人照护;评分为 100 分,表示无需他人照护,生活完全自理。该量表 Cronbach's α 系数为 0.93。

1.2.2.3 再入院、急诊及门诊就诊次数 采用随访方式记录患者出院后 6 个月内再入院次数、急诊及门诊就诊次数(不包括脑卒中专科护理门诊随访)。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS22.0 软件进行数据分析。定量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,定性资料采用频数和构成比进行统计描述;采用 χ^2 检验、 t 检验以及秩和检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组患者康复依从性比较 研究期间观察组患者中途退出 3 例(不依从 1 例,迁居 1 例,照护者无法继续照护 1 例),对照组中途退出 4 例(不愿意继续参与研究 2 例,跌倒骨折 1 例,死亡 1 例)。最终观察组 49 例、对照组 48 例完成研究。出院后 6 个月两组患者康复依从性评分比较,见表 2。

2.2 出院时与出院后 6 个月两组患者健康结局比较 见表 3。

2.3 两组患者再次入院、急诊及门诊就诊情况比较 见表 4。

表 2 两组患者出院后 6 个月康复依从性比较

分, $\bar{x} \pm s$

组别	例数	按时服药	按时训练	合理饮食	生活作息	按时复诊	总分
对照组	48	2.01±0.53	1.58±0.65	1.70±0.73	1.79±0.56	1.77±0.61	8.85±1.54
观察组	49	2.66±0.58	2.32±0.62	2.23±0.71	2.28±0.62	2.29±0.66	11.78±1.65
<i>t</i>		5.759	5.738	3.625	4.082	4.028	9.037
<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

表 3 出院时和出院后 6 个月两组患者健康结局比较

分, $\bar{x} \pm s$

组别	例数	焦虑		抑郁		FMA		ADL	
		出院时	出院后 6 个月	出院时	出院后 6 个月	出院时	出院后 6 个月	出院时	出院后 6 个月
对照组	48	12.13±4.35	7.62±2.84	14.44±2.82	7.42±3.15	62.55±7.10	77.82±4.69	54.69±6.78	72.56±5.47
观察组	49	11.73±4.94	5.45±2.52	13.46±3.63	4.43±2.53	60.48±7.02	85.04±3.62	53.82±5.74	81.32±4.54
<i>t</i>		0.423	3.983	1.483	5.160	1.444	8.498	0.683	8.590
<i>P</i>		0.673	<0.001	0.142	<0.001	0.152	<0.001	0.497	<0.001

表 4 两组患者再次入院、急诊及门诊就诊情况比较

例

组别	例数	再次入院			急诊就诊			门诊就诊		
		0 次	1 次	≥2 次	0 次	1 次	≥2 次	0 次	1 次	≥2 次
对照组	48	40	4	4	38	8	2	8	28	12
观察组	49	46	3	0	46	3	0	28	18	3
<i>Z</i>			-1.705			-2.149			-4.270	
<i>P</i>			0.088			0.032			<0.001	

3 讨论

3.1 介护师参与下多学科延续护理可提高脑卒中肢体障碍患者的康复依从性 康复训练是减少脑卒中患者致残率的有效方法^[9]。脑卒中肢体功能障碍患者的康复训练是一项连续不断的过程,多数患者在病情稳定后回家自行康复训练。研究显示,患者康复锻炼行为执行意向得分率仅为 65.99%^[10]。患者出院后因医疗护理脱节,缺乏系统的康复指导,康复知识掌握较少,患者在家庭中的健康管理呈“孤岛”状态,康复依从性较差,致预后不佳^[11-12]。常规出院护理模式仅由护士参与,限于电话或网络进行指导,形式单一,致患者及家属接受困难,依从性下降。本研究团队成员涉及面广,不仅包涵了患者需求的专业化和多样化,各成员在延续护理中发挥不同作用,患者及照护者充分掌握康复知识,而且在随访方式上增加了家庭访视、微信视频互动,患者及家属在家中就能获得专业人员的指导和帮助,遇到问题及时得到解决,建立以患者为中心的合作管理模式,赢得患者的信任,提高了康复治疗依从性。另外,介护师根据每例患者的生活起居,提供居家护理技巧,建立良好的康复锻炼环境,设置闹钟提醒患者服药、锻炼、生活作息和门诊随访,患者执行后在康复日记本上打“√”,随访时进行督查,提高患者自我管理意识。同时心理咨询师积极疏导患者的心理状况,特别是对急于求成、缺乏耐心训练者,并在每周四晚上护患微信交流会上,分享成功案例,帮助患者树立康复信心。本研究结果显示,观察组患者出院后 6 个月康复依从性的 5 项指标得分显著高于对照组(均 $P<0.05$),说明介护师参与下多学科延续护理可增强患者对疾病的认识,提高康

复依从性。

3.2 介护师参与下多学科延续护理对脑卒中肢体障碍患者健康结局的影响 有研究显示,脑卒中患者肢体功能的突然丧失,需要以新的角色适应生活,易出现焦虑、抑郁等心理问题,严重影响患者的生活质量,其中脑卒中发生后 6 个月内抑郁发生率更高^[13-14]。因此,出院后对患者存在的负性心理及时疏导,能显著降低脑卒中患者焦虑、抑郁情绪,使其配合康复训练,提高康复效果^[15]。介护理念是遵循生物-心理-社会医学模式,介护师关注患者的心理状态,倾听患者心声,成为患者的知心朋友,满足其心理需求,缓解不良情绪,增强康复信心,同时重视亲情支持和同伴交流,亲情关爱使患者得到家人的支持与理解,另外同伴间分享、交流自己的康复经验,彼此鼓励,有助于树立战胜疾病的信心。本研究结果显示,观察组患者出院后 6 个月焦虑、抑郁得分显著低于对照组(均 $P<0.05$),说明介护师参与下多学科延续护理使观察组患者焦虑、抑郁情况得到有效改善,帮助患者消除不良情绪的困扰,有助于康复。

研究表明,脑卒中急性期后 6 个月为最佳康复时期,此时患者如能得到医务人员的专业指导,掌握正确康复锻炼的方法,80% 以上可恢复自主功能锻炼^[16]。目前我国三级医院床位周转快,社区医院康复科建设尚不完善^[17],患者康复受到影响。本研究在患者出院后由康复师、介护师、专科护士等多学科团队,针对患者病情制订个体化的康复训练方案,介护师根据患者情况实施自立性介护援助,维护患者尊严,鼓励患者发挥残存能力,实现生活自理。同时,通过家庭访视、微信平台及电话随访进行指导和督促,帮助

照护者掌握居家康复护理技能,使患者得到正确、连续的康复功能训练,加快肢体功能恢复,使其生活自理能力得到极大的提高。本研究结果显示,观察组患者出院后6个月FMA和ADL得分显著高于对照组(均 $P<0.05$),说明介护师参与下多学科延续护理满足脑卒中患者出院后康复护理需求,有助于提高患者肢体运动功能和日常生活能力。

3.3 介护师参与下多学科延续护理对脑卒中肢体障碍患者医疗卫生资源的影响 有研究显示,出院后脑卒中患者复发率高达25%~30%,出院1个月后的脑卒中患者再住院率高达20%^[18]。对脑卒中患者实施科学系统的延续护理,能显著降低其再入院率。一项针对老年脑卒中患者社区康复护理服务需求的调查显示,患者健康教育需求率为86.67%、康复护理技术为66.03%^[19]。以提高患者的生存质量,降低再入院率为延续护理服务的目标,有利于节省医疗费用,合理利用医疗卫生资源^[20]。本研究以患者为中心、多学科协作为依托,有效整合医院各科资源,为患者提供医疗、护理、康复、介护等专业化服务,使其康复护理需求得到满足,提高患者对脑卒中相关知识的认识,强化自我管理意识。同时,介护师将介护理念及介护技术带入家庭服务中,为居家患者解决了实际困难,提高照护者信心及照护能力,增强照护者与患者间配合度。研究结果显示:观察组患者出院后6个月内急诊及门诊就诊次数显著低于对照组(均 $P<0.05$)。

4 小结

介护师参与下多学科延续护理能尽量发挥患者的残存能力,让患者居家获得专业人员的指导和帮助,解决患者出院后遇到的护理问题,提高治疗依从性,有效缓解患者焦虑、抑郁等不良情绪,促进患者肢体运动功能恢复,提高生活自理能力。本研究随访时间短、样本量较小,在后续的研究中将加大样本量,联合社区医疗,加强对社区介护人才培养,建立以医院为支撑、以整合资源为依托、以居家为基础的多学科慢病延续护理体系,为脑卒中患者提供全程的健康管理,实现多元化的居家医疗护理服务。

参考文献:

- [1] 赵庆,吴茜,孙晓,等.脑卒中患者延续性护理质量评价指标体系的构建[J].中华护理杂志,2020,55(2):171-176.
- [2] 孟宪梅,周兰姝,陈雪梅,等.脑卒中早期支持性出院服务的研究进展[J].护理学杂志,2017,32(19):107-110.
- [3] 中共中央国务院.“健康中国2030”规划纲要[EB/OL].(2016-10-25)[2021-09-15].[http://www.gov.cn/xin-](http://www.gov.cn/xinwen/2016-10/25/content_5124174.htm)

[wen/2016-10/25/content_5124174.htm](http://www.gov.cn/xinwen/2016-10/25/content_5124174.htm).

- [4] 谢绮,孙美花,邱元芝,等.介护技术在社区老年护理中的应用研究[J].中国老年保健医学,2019,17(6):126-127.
- [5] 中华医学会神经科学分会.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379-380.
- [6] 陈瑞全,吴建贤,沈显山.中文版Fugl-Meyer运动功能评定量表的最小临床意义变化值的研究[J].安徽医科大学学报,2015,50(4):519-521.
- [7] Poyatos-Leó N R, García-Hermoso A, Sanabria-Martínez G, et al. Effects of exercise-based interventions on postpartum depression: a meta-analysis of randomized controlled trials[J]. Birth, 2017, 44(3): 200-208.
- [8] 汤毓华,张明园.汉密顿抑郁量表(HAMD)、汉密顿焦虑量表(HAMA)[J].上海精神医学,1984,2(2):61-65.
- [9] 李彤,张芬,张会聪,等.引导式教育用于脑卒中患者康复训练效果观察[J].护理学杂志,2022,37(17):1-4,17.
- [10] 张珊珊,孙成梅,杨丽,等.首发脑卒中患者康复锻炼行为执行意向及影响因素分析[J].护理学杂志,2021,36(9):12-16.
- [11] 施雁,孙晓,朱晓萍,等.上海市内科系统延续护理开展现状访谈[J].护理学杂志,2014,29(21):85-87.
- [12] 张玲,张有文,姚红敏,等.基于微信平台的多学科团队合作在脑卒中患者延续性护理中的应用[J].高校保健医学研究与实践,2022,19(7):117-121.
- [13] 喻伟霞,王海芳,钮美娥,等.脑卒中患者延续护理需求的研究进展[J].中华现代护理杂志,2019,25(9):1057-1061.
- [14] Li X, Xia X, Wang P, et al. Needs and rights awareness of stroke survivors and caregivers: a cross-sectional, single-centre questionnaire survey[J]. BMJ Open, 2017, 7(10): e013210.
- [15] 姜虹,赵青华,杨水利,等.多学科团队协作的延续性干预对急性脑卒中患者焦虑抑郁情绪及康复的影响[J].中国实用神经疾病杂志,2021,24(5):442-448.
- [16] 孟宪梅.脑卒中患者护理方案构建及临床实践转化研究[D].上海:中国人民解放军海军军医大学,2019.
- [17] 方萍萍,邹田子,郑茶凤.改良强制性运动疗法结合远程康复护理对脑卒中偏瘫患者的影响[J].护理学杂志,2019,34(14):78-80.
- [18] 石东辉.社区护士对脑卒中偏瘫病人实施赋能教育的效果观察[J].护理研究,2019,33(19):3395-3398.
- [19] 罗盛,高航,王祥,等.老年脑卒中患者社区康复护理服务需求及影响因素研究[J].护理学杂志,2020,35(4):74-77.
- [20] 王莉,孙晓,吴茜,等.二、三级医院慢病延续性护理开展现况调查[J].护理学杂志,2017,32(2):85-89.

(本文编辑 吴红艳)

医院-家庭过渡期老年多重用药患者服药偏差现状调查

赵林博,黄欢欢,肖峰,吴城妃,王瑞琪,赵庆华

摘要:**目的** 分析医院-家庭过渡期老年多重用药患者服药偏差现状,并探讨服药偏差与出院指导质量、出院准备度的相关性。**方法** 以 265 名老年多重用药患者为研究对象,在出院当天采用一般资料调查表、出院指导质量量表及出院准备度量表进行调查;出院后 1 周,采用服药偏差评估工具进行电话随访。**结果** 出院后 1 周内服药偏差发生率为 61.89%,主要偏差类型为服药种类减少(40.28%),主要偏差原因为患者源性(53.61%)。服药偏差与出院指导质量、出院准备度呈负相关(均 $P<0.05$)。回归分析结果显示,年龄、居住情况、出院带药数量、住院天数、疾病数量及出院指导质量是服药偏差的影响因素(均 $P<0.05$)。**结论** 医院-家庭过渡期老年多重用药患者服药偏差发生率较高,其影响因素较多。应加强对老年多重用药患者的服药偏差管理,提高出院指导质量,以确保患者用药安全。

关键词:老年患者; 多重用药; 医院-家庭过渡期; 服药偏差; 出院指导; 出院准备度; 患者安全

中图分类号:R473.2 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2023.06.121

Medication discrepancies in elderly patients with polypharmacy during the hospital-to-home transitional period Zhao Linbo, Huang Huanhuan, Xiao Feng, Wu Chengfei, Wang Ruiqi, Zhao Qinghua, Nursing Department, The First Hospital Affiliated to Chongqing Medical University, Chongqing 400016, China

Abstract: **Objective** To analyze the current situation of medication discrepancy in elderly patients taking multiple drugs during the hospital-to-home transitional period, and explore the correlation between medication discrepancy and discharge guidance and readiness for hospital discharge. **Methods** A total of 265 elderly patients taking multiple drugs were selected and investigated using a general information questionnaire, the Quality of Discharge Teaching Scale (QDTS), Readiness for Hospital Discharge Scale (RHDS) on the day of discharge. One week after discharge, the medication discrepancy tool (MDT) was used for telephone follow-up of patients. **Results** The incidence of medication discrepancy within 1 week after discharge was 61.89%. The main type of and reason for discrepancy was the decrease in the types of medication (40.28%), and patient-originated (53.61%) respectively. Medication discrepancy was negatively correlated with the quality of discharge teaching and readiness for discharge (both $P<0.05$). The results of regression analysis showed that age, residence condition, medications prescribed at discharg, length of stay, number of diseases and quality of discharge teaching were the influencing factors of medication discrepancy (all $P<0.05$). **Conclusion** The incidence of medication discrepancy is high among elderly patients with multiple drugs in hospital-to-home transitional period for many reasons. Therefore, medical staff should streng the nthemanagement for medication discrepancy, and improve quality of health guidance at discharge, so as to ensure medication safety.

Key words: elderly patients; polypharmacy; hospital-to-home transitional period; medication discrepancy; discharge guidance; readiness for discharge; patient safety

随着社会老龄化的不断加深,老年人用药安全性问题日益突出。服药偏差指在治疗场所变更的过渡期内,患者实际用药与医嘱药物治疗方案之间的偏差^[1]。研究表明,老年多重用药患者服药数量多,药物治疗方案复杂,是发生服药偏差的高危人群^[2]。而服药偏差可导致药物不良事件、治疗效果不佳及非计划性再入院等不良结局^[3]。医院-家庭过渡期指患者从出院前期到返回家庭后的 2 个月^[4],该时期内老年

患者服药偏差发生率达 14.1%~94.0%^[2]。出院指导质量与患者临床结局密切相关。研究发现,50%药物相关事件及 20%药物不良反应与医护人员缺乏有效出院指导有关^[2]。另有研究表明,患者出院准备度与出院后健康结局呈正相关^[5]。出院准备度指患者对自己是否做好出院准备及是否具备出院后居家康复、护理能力的一种自我感知水平^[6]。老年多重用药患者因共病负担高、认知和生理储备有限,在医院-家庭过渡期面临更多安全挑战^[7]。相关研究多侧重于服药偏差影响因素^[8-9],对出院指导质量、出院准备度与服药偏差的关联知之甚少。因此,本研究拟以医院-家庭过渡期老年多重用药患者为调查对象,旨在将出院指导质量作为医源性因素,出院准备度作为患者源性因素,评估服药偏差是否与出院指导质量及出院准备度具有相关性,以期改进临床护理用药管

作者单位:重庆医科大学附属第一医院护理部(重庆,400016)
赵林博:女,硕士在读,护士
通信作者:赵庆华,qh20063@163.com
科研项目:重庆市科技局 2021 年度技术创新与应用发展专项大健康领域重点研发项目(CSTC2021jscx-gksb-N0021);北京泰康溢彩公卫基金会 2021 年度资助课题(ZXJJ-YCGW-2021008)
收稿:2022-10-03;修回:2022-11-29

理、确保老年人过渡期用药安全提供建议和参考。

1 对象与方法

1.1 对象 本研究采用便利抽样法,于2022年6~8月以重庆医科大学附属第一医院住院老年患者为调查对象,在其出院当天展开调查。纳入标准:①年龄≥60岁;②多重用药患者,即出院后至少使用5种药物^[10];③已接受出院指导。排除标准:①出院后转往其他医疗机构(包括养老机构);②患者本人及其照顾者均无法正常进行语言交流沟通。样本量计算:在统计学中样本量至少是变量数的10倍,本研究估计变量数目为16个,考虑20%的无应答率,计算样本量为200,最终纳入样本量为265例。患者均已签订知情同意书,自愿参加研究。本研究已经所在单位伦理委员会批准(2022-K4)。

1.2 方法

1.2.1 调查工具 ①一般资料。调查表为研究者自行设计。包括:性别、年龄、婚姻状况、文化程度、居住情况、住院付费方式及家庭人均月收入等人口社会学信息;住院时间、合并疾病及出院带药数量等患病及用药情况。②中文版出院指导质量量表(Quality of Discharge Teaching Scale, QDTS)。由Weiss等^[11]于2007年编制,本研究采用王冰花等^[12]翻译和修订的中文版QDTS。共3个维度24个条目,分别为患者自我感觉在出院前需要的内容(6个条目)、出院前实际获得的内容(6个条目)、指导技巧和效果(12个条目)。各条目采用0~10分计分法,共计240分,总分越高表明患者出院指导质量越好。该量表Cronbach's α系数为0.924,本研究中为0.862。③出院准备度量表(Readiness for Hospital Discharge Scale, RHDS)。由Weiss等^[13]编制,我国学者Lin等^[14]汉化。中文版RHDS共3个维度13个条目,包含是非题(1个条目),个人状态(3个条目)、适应能力(5个条目)和预期性支持(4个条目)。是非题不计入总分,其余各条目采用0~10分计分法,共计120分,分值越高表示患者的出院准备度越好。中文版RHDS的Cronbach's α系数为0.89,本研究中为0.821。④中文版服药偏差评估工具(Medication Discrepancy Tool, MDT)。由Smith等^[15]研发,是目前应用最为广泛的对出院过渡期患者进行服药偏差评估的工具。王秀英等^[16]对MDT的评估条目进行文化调适和改良,形成中文版MDT。中文版MDT主要包括2个部分,第1部分是将患者出院带药医嘱作为评估标准,并从药物名称、剂量、时间、频次及方法5个方面评估患者所报告的实际用药清单与其之间是否存在偏差及偏差类型;第2部分是通过与患者及其家属、住院期间责任医生与护士沟通来分析服药偏差发生原因。中文版MDT的总内容效度为0.970,本研究中2名评定者(1名主要研究者和1名经培训合格的专业学

位护理硕士)间信度为0.840($P<0.001$)。

1.2.2 调查方法 由经统一培训的4名护理人员组成调查小组,调查人员对符合纳入、排除标准的患者采用统一指导语,并告知其此次调查目的、方式和意义,在取得患者知情同意后展开调查。于患者出院当天填写一般资料调查表、出院指导质量量表及出院准备度量表,问卷当场收回。既往研究^[8]发现,患者出院后1周服药偏差发生率最高,因此本研究在患者出院后1周根据中文版MDT,以电话随访的方式收集患者服药偏差相关信息。出院时共纳入290例患者,25例失访,失访原因包括问卷填写不完整、电话无法接通、拒绝回访或不配合、死亡、再次入院,最终纳入265例患者,有效访问率为91.38%。

1.2.3 统计学方法 将数据录入Excel建立数据库,应用SPSS27.0软件进行统计分析。定性资料以频数、百分比(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验;符合正态分布的定量资料以($\bar{x}\pm s$)表示;采用Spearman相关分析探讨服药偏差与出院指导质量、出院准备度的相关性;采用logistic回归分析服药偏差的影响因素。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 患者出院指导质量、出院准备度评分 94.72%的患者在出院当天认为自己已做好出院准备。患者出院指导质量、出院准备度评分见表1。

表1 患者出院指导质量和出院准备度评分($n=265$)

$\bar{x}\pm s$

项目	条目数	总分	条目均分
出院指导质量	24	169.51±23.34	7.07±0.97
出院前需要的内容	6	39.65±16.43	6.61±2.74
出院前实际获得的内容	6	34.32±11.74	5.72±1.96
指导技巧和效果	12	95.54±8.36	7.96±0.70
出院准备度	12	87.85±6.85	7.32±0.57
个人状态	3	20.58±3.46	6.86±1.15
适应能力	5	36.02±3.92	7.20±0.78
预期性支持	4	31.25±4.26	7.81±1.06

2.2 患者服药偏差调查结果

2.2.1 服药偏差发生率、类型 265例患者中,164例(61.89%)在出院后1周内至少发生了1项服药偏差,共发生638例次,平均每人发生2.41例次。其中51例(31.10%)发生1例次偏差,46例(28.05%)发生2例次,43例(26.22%)发生3例次,16例(9.76%)发生4例次,8例(4.88%)发生≥5例次。患者共发生11种服药偏差类型,其中服药种类减少257例次(40.28%),漏服药物87例次(13.64%),时间错误74例次(11.60%),服药种类增多54例次(8.46%),药物替代46例次(7.21%),服药剂量增加37例次(5.80%),非规律服药22例次(3.45%),服药剂量减少21例次(3.29%),服药次数减少21例次(3.29%),服药次数增加16例次(2.51%),服药方法

错误 6 例次(0.94%)。

2.2.2 服药偏差发生原因 见表 2。

表 2 服药偏差发生原因(*n* = 638)

项 目	例次	百分率(%)
患者源性服药偏差原因	342	53.61
症状好转而加药或减药	77	12.07
遗忘	60	9.40
服用药物种类多,对所服药物的信息理解或记忆有偏差	53	8.31
身体不适,自行减药或加药	34	5.33
药物的不良反应或害怕药物伤害身体	29	4.55
突发事件(如旅游、出国、搬家等)	27	4.23
听从他人、广告、网上资料而改变用药	18	2.82
自觉院前药物效果较好,继续服用或替代医嘱药物	16	2.51
为了便于记忆和服药,自行调整服药频次、服药时间等	12	1.88
自觉药物无效	9	1.41
药片不方便切割	7	1.10
医源性服药偏差原因	296	46.39
出院药物教育不完整或不准确,致患者自行猜测服药	97	15.20
服用多种药物,且再取药时间不一致	76	11.91
药物医嘱未及时更新致出院药物清单与处方不一致	31	4.86
就诊医院、药房无医嘱药物	28	4.39
短期服用的药物未注明停药日期	24	3.76
医护人员未回顾患者既往用药	15	2.35
出院药物清单内容难辨识	14	2.19
开具患者不耐受的药物	11	1.72

2.2.3 不同特征患者服药偏差发生情况比较 见表 3。

2.3 服药偏差与出院指导质量、出院准备度的相关性 老年患者服药偏差与出院指导质量总分、出院前需要的内容、出院前实际获得的内容、指导技巧和效果呈负相关(*r* = -0.443、-0.303、-0.333、-0.136,均 *P* < 0.05);服药偏差与出院准备度总分、个人状态、预期性支持呈负相关(*r* = -0.265、-0.139、-0.334,均 *P* < 0.05),与适应能力呈正相关(*r* = 0.150, *P* < 0.05)。

2.4 服药偏差的回归分析 以是否发生服药偏差为因变量,将单因素和相关性分析中有统计学意义的变量作为自变量进行 logistic 回归分析。结果年龄、居住情况、出院带药数量、住院天数、疾病数量及出院指导质量的 3 个维度进入回归方程,见表 4。

3 讨论

3.1 医院-家庭过渡期老年多重用药患者出院指导质量分析 本研究中出院指导质量条目均分为(7.07±0.97)分,处于中等水平,维度“出院前需要的内容”得分高于“出院前实际获得的内容”,这与相关研究^[17]结果一致,说明医护人员提供的出院指导内容尚不能完全满足患者需求。原因一方面可能是临床工作繁忙,医护人员在出院沟通时未能对患者进行全方面出院指导;另一方面老年人性格大多内敛,情绪表达方式较为含蓄,有些老年患者因担心给医务人员增添麻烦或碰壁,不会就未获得或存疑的相关医疗问题在出院时向医护人员进行追问。未来应采取相应措施来有效评估患者出院指导需求,有针对性地对患者制订个体化出院指导方案,从而提高出院指导质

量。

表 3 不同特征患者服药偏差发生情况比较 例

项目	例数	未发生 服药偏差	发生 服药偏差	χ^2	<i>P</i>
性别				0.135	0.713
男	135	50	85		
女	130	51	79		
年龄(岁)				9.741	0.008
60~	92	46	46		
70~	125	43	82		
80~87	48	12	36		
婚姻状况				0.054	0.817
已婚	217	82	135		
离异或丧偶	48	19	29		
文化程度				2.581	0.630
小学及以下	91	31	60		
初中	57	20	37		
中专/高中	65	28	37		
大专	25	12	13		
本科及以上学历	27	10	17		
居住情况				14.594	0.002
独居	36	6	30		
与配偶同住	89	35	54		
与子女同住	56	17	39		
与配偶及子女同住	84	43	41		
住院付费方式				1.122	0.571
新型农村合作医疗	110	46	64		
城镇职工医保	100	35	65		
城镇居民医保	55	20	35		
家庭人均月收入(元)				1.663	0.436
<3000	101	43	58		
3000~6000	132	48	84		
>6000	32	10	22		
出院带药数量(种)				13.349	0.001
5~6	72	40	32		
7~8	125	42	83		
≥9	68	19	49		
住院天数(d)				11.390	0.003
3~7	105	53	52		
8~14	123	36	87		
>14	37	12	25		
疾病数量(种)				10.582	0.014
1~4	105	46	59		
5~6	84	32	52		
7~8	52	21	31		
≥9	24	2	22		

3.2 医院-家庭过渡期老年多重用药患者出院准备度分析 本研究中患者出院准备度条目均分为(7.32±0.57)分,低于 Weiss 等^[11]研究的 8.0 分,但 94.72%患者在出院当天认为自己已做好出院准备,高于 Weiss 等^[11]调查结果(93.0%)。可见,虽然绝大多数患者表示已做好出院准备,但患者出院准备度仍处于中等水平,还有较大提升空间。这可能与研究对象的文化差异有关,本研究对象为老年患者,大多担心住院费用,有些患者即便未完全做好出院准备,也不愿向医护人员表示异议。此外,维度“个人状态”

得分最低。原因可能是老年多重用药患者常合并多种疾病,疾病种类多且复杂,需辗转于不同科室之间,容易处于焦虑状态,影响了自我效能评价,因此自觉个人状态较差。提示应重视对老年多重用药患者个人状态的评估,并对其给予针对性的干预措施,进而提高患者出院准备度。

表 4 老年多重用药患者服药偏差的回归分析($n=265$)

因素	β	Wald χ^2	P	OR	95%CI
常量	11.174	9.715	0.002	—	—
年龄					
70~岁	2.068	18.945	<0.001	7.910	3.117~20.073
80~87岁	1.619	8.580	0.003	5.048	1.709~14.915
居住情况					
与配偶同住	-1.144	2.457	0.117	0.319	0.076~1.332
与子女同住	-1.010	1.824	0.177	0.364	0.084~1.577
与配偶及子女同住	-1.701	5.689	0.017	0.182	0.045~0.738
出院带药数量					
7~8种	1.931	16.373	<0.001	6.895	2.706~17.566
≥9种	2.040	11.876	<0.001	7.690	2.410~24.535
住院天数					
8~14d	0.818	4.109	0.043	2.265	1.072~4.995
>14d	0.779	1.629	0.202	2.180	0.659~7.213
疾病数量					
5~6种	0.275	0.428	0.513	1.316	0.578~2.999
7~8种	-0.593	1.282	0.258	0.552	0.198~1.543
≥9种	2.579	6.452	0.011	13.186	1.802~96.474
出院前需要的内容	-0.064	19.058	<0.001	0.938	0.912~0.965
出院前实际获得内容	-0.068	12.872	<0.001	0.934	0.900~0.969
指导技巧和效果	-0.078	8.638	0.003	0.925	0.878~0.974

注:年龄以60~岁为对照设置哑变量;居住情况以独居为对照设置哑变量;出院带药数量以5~6种为对照设置哑变量;住院天数以3~7d为对照设置哑变量;疾病数量以1~4种为对照设置哑变量;出院指导质量及出院前准备各维度为实际值纳入。

3.3 医院-家庭过渡期老年多重用药患者服药偏差现状分析 本研究结果显示,老年多重用药患者出院后1周服药偏差发生率高达61.89%,主要偏差类型为“种类减少”,提示老年多重用药患者用药安全性问题突出且亟待解决。患者发生服药偏差的主要原因为患者源性因素,与既往研究结果一致^[18-20],其中最常见的患者源性原因为“症状好转而加药或减药”。原因可能是一方面老年患者用药知识水平普遍偏低^[21],因此很多患者并未意识到遵从医嘱用药的重要性,常凭主观意识随意更改药物;另一方面老年多重用药患者服药数量多,很多老年人担心服药过多会影响自身健康,因此一旦症状好转便立即停药。在医源性原因中,最常见的是“出院药物教育不完整或不准确,致患者自行猜测服药”,与相关研究结果相似^[9,22-23]。原因可能是一方面出院时间短而仓促,老年患者理解和接受能力下降,这常使其遗漏医务人员所传达的信息,误以为出院时医护人员未讲明;另一方面老年患者记忆力下降,随着出院时间的推移,其

可能逐渐遗忘出院前医护人员所告知的药物用法。确保医患之间出院用药信息传递的准确及有效性对防止服药偏差发生具有重要意义,因此应在加强患者遵医行为的基础上,鼓励老年患者家属积极参与出院用药指导,并通过回授法^[24]检查患者及其家属对出院用药指导的掌握程度,以确保用药信息的准确传递。

3.4 服药偏差的影响因素分析

3.4.1 一般资料 ①本研究发现,与配偶及子女同住的老年人相较于独居老年人服药偏差发生风险更低,这可能与家庭支持程度有关。Maffoni等^[25]研究发现,良好的家庭支持能提高患者服药依从性,减少其服药偏差。②出院带药数量越多的患者发生服药偏差的风险越高;疾病数量≥9种的患者服药偏差是1~4种的13.186倍。既往研究发现药物数量、治疗方案复杂度与服药偏差显著相关^[26-28],与本研究结果一致,原因可能是疾病数量多、服药数量多的患者药物治疗方案往往较为复杂,这可能会降低其自我管理药物的能力,从而增加服药偏差发生率。③本研究中住院天数为8~14d的患者服药偏差发生率比住院3~7d的患者服药偏差发生率更高,可能是因为住院天数长的患者疾病情况相对较重,出院带药数量更多,因此更易于发生服药偏差。④年龄是患者发生服药偏差的重要风险因素,这与潘凌蕴^[19]和李英华等^[29]研究结果不同,该差异可能与研究侧重点和人群不同有关。本研究对象为老年多重用药患者,其药物数量多且用药方案复杂,在此情况下高龄可能就成为患者正确执行出院用药方案的影响因素之一。在患者出院前应充分评估其发生服药偏差的风险程度,重点关注高龄、独居、住院天数长且服药数量多的老年多重用药患者,有针对性地加强服药偏差管理。

3.4.2 出院指导质量 本研究相关性分析结果显示,医院-家庭过渡期老年多重用药患者服药偏差与出院指导质量呈负相关,说明护士出院指导质量越高,服药偏差发生率就越低,原因可能是高质量的出院指导可提升患者对出院用药指导的理解和掌握程度,因此患者出院后更趋于正确执行出院医嘱。与此同时,本研究回归分析显示出院前需要的内容、出院前实际获得的内容、指导技巧和效果是服药偏差的负向预测因子。出院前需要的内容侧面体现了患者健康赋权意识。研究表明,老年患者健康赋权水平越高,健康行为管理能力越强^[30],该维度得分高的患者具有较强的自我管理动机,对药物使用更加谨慎,出院后能规范自身用药行为、正确合理使用药物。出院前实际获得的内容维度体现了患者对出院指导内容的接受和掌握程度,得分高的患者获得的用药相关知识相对更加全面,错误用药发生情况相对较少,因此服药偏差发生率较低。指导技巧和效果维度得分越高,患者获得的信息越多,出院后更能依据获得的信

息正确管理药物。出院指导是体现整体护理完整性的重要环节之一,各医院应加强对出院指导的质量把控,并积极开展相关培训,在具体实践中结合患者年龄、文化程度、社会背景等采取针对性、个体化的指导方案,提升出院指导效果,从而降低患者服药偏差发生率。

3.4.3 出院准备度 本研究相关分析显示,患者服药偏差与出院准备度呈负相关,但回归分析显示出院准备度对服药偏差无显著影响。原因可能是有些老年人因就医次数频繁,便自认为“久病成医”^[31],因此出院时对自身应对疾病和管理药物能力非常自信,出院准备度相关条目得分较实际情况出现虚高,对分析结果产生影响。与此同时,在问卷调查过程中发现,受中国传统文化“百善孝为先”这一观念的影响,有些老年人因怕被别人认为子女不孝顺,在回答出院准备度量表中维度“预期性支持”相关条目时可能隐瞒了自身真实感受,使该维度得分也出现虚高情况。

4 小结

本研究结果显示,医院一家庭过渡期老年多重用药患者出院后 1 周内服药偏差发生率为 61.89%,其发生受年龄、居住情况、出院带药数量、住院天数、疾病数量及出院指导质量的影响。因此,应加强老年多重用药患者的服药偏差管理,增强对出院指导的督导工作,以确保用药安全,实现患者从医院到家庭的安全过渡。本研究仅在一所三级甲等医院展开调查,未来将采取多中心、大样本研究以增加样本代表性及结果外推性,同时在今后的研究中将积极探究合理有效的干预方案以减少服药偏差发生率,实现患者过渡期内的用药安全。

参考文献:

[1] Almanasreh E, Moles R, Chen T F. The medication discrepancy taxonomy (MedTax): the development and validation of a classification system for medication discrepancies identified through medication reconciliation[J]. Res Social Adm Pharm, 2020, 16(2): 142-148.

[2] 洪珮, 沈洪. 老年慢性病患者医院一家庭过渡期服药偏差研究进展[J]. 护理与康复, 2022, 21(3): 75-78.

[3] Neumiller J J, Mandal B, Weeks D L, et al. Potential adverse drug events and associated costs during transition from hospital to home[J]. Sr Care Pharm, 2019, 34(6): 384-392.

[4] 赵林博, 赵庆华. 医院-家庭过渡期跨学科协作药物重整研究进展[J]. 循证护理, 2022, 8(18): 2464-2467.

[5] Chen Y, Chen Y, Qin T, et al. Associations of readiness for hospital discharge with symptoms and non-routine utilization of post-discharge services among cancer patients receiving oral chemotherapy at home: a prospective study[J]. J Oncol Pharm Pract, 2022; 10781552221100720.

[6] Larsson C, Wågström U, Normann E, et al. Parents experiences of discharge readiness from a Swedish neonatal intensive care unit[J]. Nurs Open, 2017, 4(2): 90-95.

[7] Richards I B G, Hajduk A M, Perry J, et al. Patient-reported quality of hospital discharge transitions: results from the SILVER-AMI study[J]. J Gen Intern Med, 2020, 35(3): 808-814.

[8] 潘凌蕴, 杜晓凤, 朱玲, 等. 老年慢性肾病患者医院一家庭过渡期用药偏差的发生情况及相关因素分析[J]. 东南国防医药, 2019, 21(1): 92-94.

[9] 常陆, 蒋梦蝶, 王梦莹, 等. 老年糖尿病患者医院一家庭过渡期用药偏差的影响因素[J]. 中华老年医学杂志, 2022, 41(4): 433-437.

[10] Pazan F, Wehling M. Polypharmacy in older adults: a narrative review of definitions, epidemiology and consequences[J]. Eur Geriatr Med, 2021, 12(3): 443-452.

[11] Weiss M E, Piacentine L B, Lokken L, et al. Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients[J]. Clin Nurse Spec, 2007, 21(1): 31-42.

[12] 王冰花, 汪晖, 杨纯子. 中文版出院指导质量量表的信效度测评[J]. 中华护理杂志, 2016, 51(6): 752-755.

[13] Weiss M E, Piacentine L B. Psychometric properties of the Readiness for Hospital Discharge Scale[J]. J Nurs Meas, 2006, 14(3): 163-180.

[14] Lin Y H, Kao C C, Huang A M, et al. Psychometric testing of the Chinese version of the readiness for hospital discharge scale[J]. Hu Li Za Zhi, 2014, 61(4): 56-65.

[15] Smith J D, Coleman E A, Min S J. A new tool for identifying discrepancies in postacute medications for community-dwelling older adults[J]. Am J Geriatr Pharmacother, 2004, 2(2): 141-147.

[16] 王秀英, 李英华, 肖锷婷, 等. 改良版用药差异评估工具的信度与效度评价[J]. 中国药房, 2015, 26(31): 4460-4462.

[17] 张丹丹, 耿晓莉, 王欣然. 加速康复外科模式下乳腺癌患者出院准备度与出院指导质量分析[J]. 中国医院管理, 2022, 42(6): 81-84.

[18] Manias E, Hughes C. Challenges of managing medications for older people at transition points of care[J]. Res Social Adm Pharm, 2015, 11(3): 442-447.

[19] 潘凌蕴. 老年慢性肾脏病患者医院一家庭过渡期用药偏差的发生情况及相关因素研究[D]. 南京: 南京大学, 2018.

[20] 薛文俊, 牛晓丹, 王艳红. 老年 2 型糖尿病患者医院一家庭过渡期用药偏差的调查研究[J]. 中华护理杂志, 2021, 56(2): 225-232.

[21] 姜娅, 柳韦华. 社区老年人用药安全认知、态度及自我效能调查分析[J]. 护理学杂志, 2017, 32(13): 80-83.

[22] Marcum Z A, Kisak A, Visoiu A, et al. Medication discrepancies and shared decision-making[J]. J Am Geriatr Soc, 2016, 64(3): 653-654.

[23] 张雪梅, 黄培, 胡宴杰, 等. 社区慢性病患者出院过渡期用药差异及相关因素研究[J]. 中国社区医师, 2017, 33(28): 23-25, 27.

[24] 吴辽芳, 胡婷, 李映兰, 等. 回授法用于住院糖尿病患者低血糖防治及药物知识教育[J]. 护理学杂志, 2019, 34(8): 85-88.

[25] Maffoni M, Traversoni S, Costa E, et al. Medication adherence in the older adults with chronic multimorbidity: a systematic review of qualitative studies on patient's experience[J]. Eur Geriatr Med, 2020, 11(3): 369-381.

[26] Caleres G, Modig S, Midlöv P, et al. Medication discrepancies in discharge summaries and associated risk factors for elderly patients with many drugs[J]. Drugs Real World Outcomes, 2020, 7(1): 53-62.

[27] 于爱晨, 王国英, 傅孟元, 等. 老年慢性病患者用药偏差及相关因素研究[J]. 中国医院药学杂志, 2020, 40(19): 2059-2063, 2068.

[28] Meyer-Massetti C, Hofstetter V, Hedinger-Grogg B, et al. Medication-related problems during transfer from hospital to home care: baseline data from Switzerland [J]. Int J Clin Pharm, 2018, 40(6): 1614-1620.

[29] 李英华, 王秀英, 陆悦, 等. 冠心病患者出院后用药差异发生情况及相关因素的调查研究[J]. 中国药房, 2015, 26(2): 273-275.

[30] 郭熙, 贾会英, 张立明, 等. 老年慢性病共病患者基于社区家庭医生制的健康赋权干预[J]. 护理学杂志, 2020, 35(16): 97-100.

[31] 唐晶, 周艳, 张毓, 等. 城乡社区老年人盲目用药及保健品的调查分析[J]. 中国全科医学, 2014, 17(16): 1906-1909.

(本文编辑 吴红艳)

“互联网+护理”随访对口服利伐沙班患者服药依从性的影响

俞人悦¹, 张露芳¹, 朱月英², 余旭奔³, 陈瑜⁴

摘要:目的 探讨“互联网+护理”随访模式对口服利伐沙班的骨科老年患者服药依从性及出凝血功能的影响。方法 将74例口服利伐沙班的骨科老年患者按照入院时间分为对照组30例, 观察组44例。对照组采取常规出院随访护理, 观察组进行“互联网+护理”随访, 随访3周后对两组利伐沙班血药谷浓度、血药浓度的离散程度、血药谷浓度的比较目标范围达标率和出凝血指标结果进行评价。结果 两组均有27例完成研究。观察组利伐沙班血药谷浓度离散程度显著小于对照组, 血药谷浓度目标范围达标率显著高于对照组(均 $P<0.05$), 两组血药浓度及凝血指标比较, 差异无统计学意义(均 $P>0.05$)。结论 “互联网+护理”随访模式可以提升骨科老年患者使用抗凝药物的依从性, 保持血药浓度的稳定。

关键词:骨科; 老年患者; 利伐沙班; 互联网+护理; 护理随访; 抗凝治疗; 服药依从性; 血药浓度

中图分类号:R473.2 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2023.06.126

Effects of "Internet plus nursing" follow-up on medication compliance of patients taking oral rivaroxaban Yu Renyue, Zhang Lufang, Zhu Yueying, Yu Xuben, Chen Yu, Nursing School of Wenzhou Medical University, Wenzhou 325006, China

Abstract: Objective To explore the effect of "Internet plus nursing" follow-up model on plasma concentration and coagulation function in elderly orthopedic patients taking oral rivaroxaban. **Methods** Seventy-four elderly orthopedic patients taking oral rivaroxaban were divided into a control group of 30 and an experimental group of 44, according to their admission time. The control group was given conventional follow-up after discharge, while the experimental group was followed up based on "Internet plus nursing". After 3 weeks of follow-up, the trough concentration of rivaroxaban (C_{trough}), the degree of dispersion of C_{trough} , the achievement rate of target C_{trough} and the results of coagulation indexes were evaluated for both groups. **Results** Twenty-seven patients in both groups completed the study. In the experimental group, the degree of dispersion of C_{trough} was significantly smaller than the control group, and the achievement rate of target C_{trough} was significantly higher than the latter (both $P<0.05$). However, there were no significant differences between the two groups in C_{trough} and coagulation indexes (all $P>0.05$). **Conclusion** The "Internet plus nursing" follow-up model can improve the compliance of elderly patients taking anticoagulants and maintain the stability of drug plasma concentration.

Key words: orthopedics; elderly patients; rivaroxaban; internet plus nursing; follow-up; anticoagulation therapy; medication compliance; plasma concentration

患者居家时是否遵医嘱服药与药物治疗效果密切相关。研究显示,30%老年患者存在用药不依从的问题^[1]。良好的随访模式有助于提高患者服药依从性^[2-3]。骨科术后静脉血栓发生率高,患者术后居家抗凝治疗成为常规^[4]。利伐沙班是新型口服抗凝药,常用于治疗静脉血栓。口服利伐沙班的患者若依从性低,服药量不足或服药频率太低时,会导致抗凝效果不佳,发生血栓的风险增加;如果过量服药又可导致抗凝过度,发生出血的风险增加。老年患者记忆力

作者单位:1. 温州医科大学护理学院(浙江 温州, 325006);温州医科大学附属第一医院 2. 关节外科 3. 药学部 4. 护理部

俞人悦:女,硕士在读,学生

通信作者,陈瑜,chenxiaolongwy@126.com

科研项目:浙江省卫生健康科技计划项目(2022KY884);温州市科技计划项目(R2020022)

收稿:2022-09-23;修回:2022-12-06

减退、认知不足、日常生活能力下降,其服药依从性无法保证^[5]。因此,对于口服利伐沙班的骨科老年患者而言,随访质量不仅关系到服药依从性,更是关系到患者安全。“互联网+护理”是集诊疗、健康管理、居家护理等功能为一体的新型移动平台,有助于提高患者居家健康管理的质量^[6]。目前主要通过量表,如 Morisky 量表评价患者的服药依从性^[7-9],容易受到患者和调查者的主观因素影响。血药浓度离散程度作为客观指标,说明个体值距离总体均值的差异,其结果越小,说明总体变异程度越小,患者服药依从性的同质化水平越高,患者居家健康管理质量越好。本研究采用“互联网+护理”方式对患者进行随访,并以血药浓度离散程度评价患者的服药依从性,旨在以客观指标监测“互联网+护理”随访的效果,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取温州医科大学附属第一医院 2021 年 3 月至 2022 年 3 月出院后需要口服利伐沙班的骨科老年患者 74 例,其中 2021 年 3~7 月的 30 例患者为对照组,2021 年 8 月至 2022 年 3 月的 44 例患者为观察组。纳入标准:①年龄 ≥ 60 周岁;②神志清楚,具有正常的沟通能力;③出院后需服用利伐沙班治疗 3 周以上;④熟练使用智能手机。排除标准:①活动性出血或具有出血高危因素的患者;②有严重肝肾疾病的患者。本研究已通过医院伦理委员会审查(KY2021-R139),患者对本研究均知情同意。

1.2 方法

1.2.1 干预方法

两组患者的服药剂量均为 10 mg,每日 1 次。对照组实施常规出院护理,出院时责任护士介绍利伐沙班的相关知识,讲解抗凝治疗的重要性,规律服药、定期复查的重要性,告知服药的剂量,服药期间可能出现的不良反应及处理措施,强调不可随意调整剂量、每日服药时间需固定。对出院 1 周的患者进行电话随访,内容包括患者的健康状况、服药情况等。观察组在常规出院护理基础上,实施“互联网+护理”随访模式,具体如下。

1.2.1.1 成立“互联网+护理”随访团队 团队成员包括 1 名主任护师,为课题组长,负责分配研究内容、把握研究质量;1 名副主任护师,负责指导研究生开展研究、参与患者管理;1 名药师,负责检测血药浓度、监测药物不良反应;2 名护理研究生,负责建立患者档案、收集患者数据、服药提醒、定期随访。随访内容涉及患者的健康信息、检验指标、利伐沙班使用情况等。团队成员帮助患者关注浙江省卫健委建立的“浙江省互联网医院平台”,教会患者使用“图文咨询”功能,方便为患者出院后答疑解惑,同时告知患者药物可能会发生的不良反应,一旦发生,立刻通过“图文咨询”功能汇报,课题组成员联系医生及药师进行处理。

1.2.1.2 基于“互联网+护理”平台管理患者 ①在

平台中建立患者健康档案。内容包括患者姓名、性别、年龄、文化程度、婚姻状况、支付类型、自理类型(自理、半自理、失能)、社会支持(亲属、朋友、同事、社会、其他)、预期需求(心理支持需求、护理指导、用药指导、其他)等疾病信息;身高、体质量、既往史、家族史、手术史等健康信息;吸烟史、饮酒史、睡眠状况、大小便状况等行为/生活习惯;利伐沙班血药浓度;白蛋白、谷草转氨酶、估算肾小球滤过率(estimated Glomerular Filtration Rate, eGFR)、凝血酶原时间、D-2 聚体等生化指标。②服药消息提醒。研究人员在“互联网+护理”平台上设置自动服药消息提醒,频率为第 1 周、第 2 周每日 2 次,时间分别为早上 7:00,中午 12:00,从第 3 周开始为隔天 1 次,同时提醒患者服药剂量。已服药的患者回复“已服药”,未回复的患者再次消息提醒或电话随访,提醒患者按时服药,同时了解未服药的原因,再次讲解规律服药的重要性。③定期随访。课题组成员分别在出院后的第 1 周、第 2 周利用“互联网+护理”平台的电话功能对患者进行随访,让患者自述服药剂量、服药时间、每日是否固定时间点服药、是否发生出血等不良事件。第 3 周利用“互联网+护理”平台告知患者门诊复查的时间,为其预约门诊并记录门诊随访时间,在随访前 1 d 再次提醒患者。

1.2.2 评价方法 ①血药谷浓度和谷浓度离散程度。利伐沙班血药谷浓度是指患者服用利伐沙班期间药物的最低血药浓度,血药谷浓度通常为下次服药前 1 h 内的浓度。利伐沙班在老年人中的半衰期为 11~13 h,而达到稳态血药浓度的时间与半衰期相关,通常经历 5 个半衰期后即 3 d 后患者到达稳态血药浓度^[10],稳态后血药浓度谷值变异程度小,对监测治疗效果更有效。患者第 3 周门诊随访时,课题组成员采血送至药剂科检测利伐沙班血药谷浓度。个体谷浓度离散程度= $|\text{个体谷浓度}-\text{群体谷浓度均值}|$,离散程度均值越大,提示个体数值距离总体均数的趋势越大,整体的变异性越大、同质化水平越低。②血药谷浓度目标范围达标率。利伐沙班血药谷浓度的目标范围是 6~87 ng/mL^[11],在该范围内,血栓防治效果越理想,不良反应发生的可能性越小。因此,在该目标范围达标率越高,提示与用药目标相符程度越高。③出凝血指标结果及不良反应。出凝血指标包括凝血酶原时间、D-二聚体,分别在出院时和出院后第 3 周门诊随访时检测。不良反应包括出血、胃肠道反应等,研究人员在日常服药提醒时及“图文咨询”功能中关注患者有无发生不良反应。对照组的不良反应发生情况通过出院后电话随访获得。两组均于出院后 3 周门诊随访时再次核实不良反应发生情况。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS26.0 软件对数据进行统计学分析,连续变量服从正态分布用($\bar{x} \pm s$)表

示,采用 t 检验;不服从正态用 $M(P_{25},P_{75})$ 表示,采用 Mann-Whitney U 检验。二分类变量采用 χ^2 检验;有序分类变量采用 Mann-Whitney U 检验。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组患者一般资料比较 对照组失访 3 例,2

表 1 两组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x}\pm s$)	白蛋白 (g/L, $\bar{x}\pm s$)	谷草转氨酶 (U/L, $\bar{x}\pm s$)			eGFR (mL/min, $\bar{x}\pm s$)		
		男	女								
对照组	27	13	14	70.56±8.74	38.48±5.72	29.19±8.95			83.79±19.14		
观察组	27	11	16	73.41±6.54	38.13±2.92	21.22±6.79			87.54±13.83		
统计量		$\chi^2=0.300$		$t=1.358$	$t=0.239$	$t=1.837$			$t=0.750$		
P		0.584		0.180	0.813	0.079			0.457		

组别	例数	疾病类型(例)				文化程度(例)			医疗付费方式(例)		
		膝关节病	髋关节病	股骨骨折	股骨头无菌性坏死	小学	初中	高中	自费	农保	医保
对照组	27	15	5	5	2	18	6	3	9	13	5
观察组	27	12	5	9	1	17	7	3	10	15	2
统计量		$\chi^2=1.906$				$Z=0.246$			$\chi^2=1.441$		
P		0.664				0.806			0.550		

2.2 两组患者利伐沙班血药谷浓度、谷浓度离散程度及血药谷浓度目标范围达标率比较 见表 2。

表 2 两组患者利伐沙班血药谷浓度、谷浓度离散程度及血药谷浓度目标范围达标率比较

组别	例数	血药谷浓度	谷浓度离散程度	血药谷浓度
		[ng/mL, $M(P_{25},P_{75})$]	[ng/mL, $M(P_{25},P_{75})$]	达标[例(%)]
对照组	27	12.06(1.41, 59.30)	31.27(20.62, 32.46)	9(33.33)
观察组	27	12.70(8.30, 16.70)	19.98(16.28, 24.38)	24(88.89)
统计量		$Z=-0.216$	$Z=-3.504$	$\chi^2=17.532$
P		0.829	<0.001	<0.001

2.3 两组患者出凝血指标及不良反应比较 两组患者在随访期间均未发生出血、胃肠道疾病等不良反应事件。两组患者出凝血指标比较,见表 3。

表 3 两组患者出凝血指标比较

组别	例数	$\bar{x}\pm s/M(P_{25},P_{75})$			
		凝血酶原时间(s)		D-二聚体(mg/L)	
		出院时	出院后 3 周	出院时	出院后 3 周
对照组	27	14.27±1.55	14.70(12.50, 21.30)	2.28±2.78	1.43(0.18, 2.30)
观察组	27	13.62±0.77	13.40(12.90, 13.60)	2.15±1.71	1.47(1.47, 1.47)
统计量		$t=1.683$	$Z=-1.044$	$t=0.197$	$Z=-1.767$
P		0.105	0.297	0.845	0.080

3 讨论

3.1 基于血药浓度离散程度的服药依从性评价 给药剂量和给药间隔时间决定药物血药浓度。在稳态浓度下,血药谷浓度反映药物进入血液的剂量,间接反映出用药依从性,若患者漏服药,则谷浓度值低于正常值,反之若患者服药次数增加、服药间隔时间缩短,则谷浓度值高于正常值,因此,药物谷浓度均值既反映给药剂量和给药间隔是否满足临床治疗效果要求,又可以间接反映出患者是否遵医嘱服药。使用血药谷浓度离散程度可以客观评价患者服药依从性,避

免以往使用依从性调查问卷产生的主观偏倚,同时也反映了药物治疗的临床效果。然而,由于血药浓度谷值时间通常在下次服药前 1 h 内,因此血标本采集时间需要根据患者服药时间确定,且血药浓度检测是有创的。

3.2 “互联网+护理”随访可以提高骨科老年患者服用抗凝药物的依从性 根据利伐沙班药动力学规律,在服药剂量和频率相同的前提下,影响利伐沙班血药浓度的主要因素是肝功能、肾功能和白蛋白水平^[12-14]。由表 1 可知,本研究患者的肝、肾功能和白蛋白水平比较无统计学差异,因此两组患者的结果具有可比性。表 2 显示,两组患者血药谷浓度均值的中位数都在临床推荐范围内,且差异没有统计学意义,提示两组患者的用药都与临床用药目标相符。血药谷浓度离散程度的值越大,提示组内患者的服药依从性差异越大,患者遵医嘱性越低。本研究中,观察组的血药谷浓度离散程度显著小于对照组($P<0.05$),说明“互联网+护理”随访模式可以提高患者的服药依从性。观察组的血药谷浓度目标范围达标率显著高于对照组($P<0.05$),说明观察组患者的治疗效果更加符合临床要求,患者的服药依从性和自我管理水平更高。

研究显示,亚洲地区骨科大手术后深静脉血栓的发生率为 1.4%,肺栓塞的发生率为 1.1%,抗凝药物预防和治疗静脉血栓成为常态^[15];骨科老年患者具有基础疾病种类多、病情复杂的特点^[16]。另外,老年患者医药知识缺乏、记忆功能下降,使服药依从性下降的现象时有发生^[17],且电话随访等传统随访方式管理效果一般,无法持续监测患者居家健康,使患者获得

的医疗服务有限^[18]。“互联网+护理”的随访方式应用互联网技术,可以更快、更全面了解患者的基本健康信息,为患者提供个性化健康方案,提高患者的自我管理水平及治疗依从性^[19-22]。本研究的“互联网+护理”随访模式提高患者服药依从性的可能机制包含以下方面:出院后利用“互联网+护理”平台管理患者,为患者建立健康档案,全面了解患者基本信息,便于后续为患者提供个体化指导;定期消息提醒患者服药,同时患者给予反馈,尽可能地避免了患者漏服药、服错药等事件的发生,也帮助患者养成规律服药的习惯;通过线上咨询和指导,避免患者频繁往返医院,提高了医疗效率、改善了患者医疗体验。而随访期间两组患者均未发生出血等不良反应,且出凝血指标结果差异无统计学意义,可能与研究的样本量偏少有关。

4 小结

血药谷浓度离散程度可作为客观指标,监测患者的服药依从性。“互联网+护理”随访模式可以提高骨科老年患者服用利伐沙班的依从性,保证药物疗效,提高患者安全水平,提高患者居家健康管理的质量。本研究中观察组失访较多,存在失访偏倚,有待于扩大样本量进一步研究。

参考文献:

[1] 刘清扬,闫素英. 药师主导的老年慢病患者药物治疗管理研究现状[J]. 实用药物与临床, 2020, 23(11): 1029-1037.

[2] 宋丽军,贾婷婷,王建涛,等. 基于互联网和社交网络的康复管理对颈动脉狭窄支架术后患者药物依从性和自我管理效果研究[J]. 心脑血管病杂志, 2022, 41(4): 365-368, 379.

[3] 李晓莉,孟爱凤,徐桂华,等. 移动应用对癌症患者居家口服抗癌药物依从性及不良反应影响的系统评价[J]. 护士进修杂志, 2022, 37(3): 236-240.

[4] 周武,曹发奇,曾睿寅,等. 创伤骨科患者围术期下肢静脉血栓形成诊断及防治专家共识(2022年)[J]. 中华创伤杂志, 2022, 38(1): 23-31.

[5] 秦文哲,徐凌忠,毕鹏飞. 老年慢性病患者用药依从性研究进展[J]. 中国卫生事业管理, 2018, 35(5): 350-353.

[6] 韦靖,何静,梁芳,等. “互联网+”在我国延续护理中的研究进展[J]. 海南医学, 2021, 32(4): 519-521.

[7] 俞吉,冉烁,徐玲. Morisky 用药依从性量表 8 条目在老年慢性病患者用药评价中的应用[J]. 临床药物治疗杂志, 2020, 18(11): 63-66.

[8] 姜明慧,沈莹,刘文娟. 脑卒中并发症体验教学提高房颤患者服用华法林依从性[J]. 护理学杂志, 2021, 36(19): 88-90.

[9] 侯凯旋,闫素英. 慢病患者药物依从性量表的研究[J]. 中

国医院药学杂志, 2018, 38(2): 192-196.

[10] Bott-Kitslaar D M, McBane R D, Casanegra A I, et al. Apixaban and rivaroxaban in patients with acute venous thromboembolism[J]. Mayo Clin Proc, 2019, 94(7): 1242-1252.

[11] Gosselin R C, Adcock D M, Bates S M, et al. International council for standardization in haematology (icsh) recommendations for laboratory measurement of direct oral anticoagulants[J]. Thromb Haemost, 2018, 118(3): 437-450.

[12] Kvasnicka T, Malikova I, Zenahlikova Z, et al. Rivaroxaban-metabolism, pharmacologic properties and drug interactions[J]. Curr Drug Metab, 2017, 18(7): 636-642.

[13] Willmann S, Zhang L, Frede M, et al. Integrated population pharmacokinetic analysis of rivaroxaban across multiple patient populations[J]. CPT Pharmacometrics Syst Pharmacol, 2018, 7(5): 309-320.

[14] Ashton V, Kerolus-Georgi S, Moore K T. The pharmacology, efficacy, and safety of rivaroxaban in renally impaired patient populations[J]. J Clin Pharmacol, 2021, 61(8): 1010-1026.

[15] 尹琪楠,韩丽珠,边原,等. 2021 年版《亚太膝关节和髋关节置换术和髋部骨折手术静脉血栓栓塞共识: 静脉血栓栓塞症的药物预防》解读[J]. 医药导报, 2022, 41(5): 599-602.

[16] 李韬,高琴,冯贺霞. 互联网医疗在老年人健康管理中的应用及启示[J]. 医学信息学杂志, 2021, 42(9): 2-6.

[17] Weng W, Ding S, Min J, et al. Logistic regression analysis of drug compliance and influencing factors in elderly osteoporosis patients[J]. Pak J Pharm Sci, 2019, 32(5): 2399-2403.

[18] 王冰,王海洋,孙辉,等. 基于互联网+互动医疗医院信息平台的应用对腹主动脉瘤手术患者服药依从性及随访期间生活质量的影响[J]. 中国医学装备, 2020, 17(9): 35-39.

[19] 杨雪. 互联网随访管理及护理干预在维持性血液透析患者延续性护理中的应用[J]. 国际护理学杂志, 2019, 38(23): 4023-4026.

[20] 张涌静,王娟,中华平,等. “互联网+健康教练技术”在学龄期癌症患儿 PICC 延续护理中的应用[J]. 护理学杂志, 2022, 37(5): 80-83.

[21] 杨荣,廖晓阳,李志超. 互联网远程管理对社区高血压患者治疗依从性影响的研究进展[J]. 中国全科医学, 2021, 24(16): 2112-2116.

[22] 刘晓燕,朱小玲,曹益凤,等. “互联网+”心血管专科护理管理平台的构建与应用[J]. 护理学杂志, 2020, 35(14): 57-60.

(本文编辑 吴红艳)