

3 个月内下地行走者比术后 3 个月后下地行走者的股骨头坏死率明显增加,建议术后应卧床 3 个月。Alberts^[7]通过体外试验测定出股骨颈骨折内固定只承受 25% 的应力,而 75% 的应力由骨折本身所承受。手术后 3 个月内,患者骨折未愈合,下地活动时导致股骨颈承受相当大的应力,不但影响骨折愈合,而且还会导致后期股骨头坏死的发生。吴国正等^[8]认为股骨颈骨折术后患肢不负重应半年以上。张玥等^[9]报道患者教育能显著改善股骨颈骨折患者术后的功能,同时也发现部分患者出院后的依从性差。郑循香^[10]报道健康教育能帮助患者对所患疾病及健康知识的了解,增加患者的依从性。

本研究显示护理延伸组依从性评分平均 23.88 分,对照组平均 14.08 分,护理延伸组患者比对照组患者的依从性更强,即护理延伸能提高患者的依从性;对照组患者比护理延伸组患者提前下床、患肢负重、弃拐或/和未按照医嘱复照 X 线片。术后 10 个月时股骨颈骨折愈合率护理延伸组是 94.23%,对照组是 81.25%,说明护理延伸组患者比对照组患者的股骨颈骨折愈合率高。护理延伸组患者的股骨颈骨折愈合率较高,认为是与患者严格遵从医嘱卧床和拄拐,使股骨颈在骨折愈合期受到的剪切应力小密切相关。术后第 1 年时股骨头坏死率,护理延伸组 3.85%,对照组 18.75%。术后第 2 年时股骨头坏死率,护理延伸组 10.64%,对照组 29.27%。对照组的股骨头坏死率比试验组的高,推测与对照组患者提前患肢负重密切相关。两组患者的股骨头坏死率术后第 2 年比第 1 年都有所升高,是因为股骨头坏死多数都发生在伤后 1~2 年,且股骨头坏死 I 期(Ficat 分期)X 线片不能发现。

总之,本研究通过护理延伸强化了患者对股骨颈骨折的认知、提高了患者遵从出院医嘱的依从性,避免了患者提前患肢负重对骨折愈合的不利影响,从而提高了骨折的愈合率和降低

• 临床护理 •

了股骨头坏死发生率。

参考文献:

[1] 黄小强,廖永华,常尚毅,等.下地时间对股骨颈骨折后股骨头坏死的影响[J].中国骨与关节损伤杂志,2010,25(12):1072-1073.

[2] Canale ST, Beaty JH. Campbell's operative orthopaedics [M]. 12th ed. USA, St Louis Mo: Mosby, 2012.

[3] 吴俊,罗从风,曾炳芳.青壮年股骨颈骨折及其治疗现状[J].国际骨科学杂志,2010,31(2):73-75,107.

[4] 胥少汀,葛宝丰,徐印坎.实用骨科学[M].3版.北京:人民军医出版社,2010:701.

[5] 周靖,党育,张培训,等.60 岁以下股骨颈骨折手术治疗术后功能及影响因素分析[J].北京大学学报:医学版,2011,43(5):703-706.

[6] 危杰,毛玉江,贾正中.中空加压螺丝钉治疗新鲜股骨颈骨折 212 例[J].中华创伤杂志,2000,16(3):142-144.

[7] Alberts KA. Prognostic accuracy of preoperative and postoperative scintimetry after femoral neck fracture [J]. Clin Orthop Relat Res, 1990(250):221-225.

[8] 吴国正,毛兆光,胡居恒.股骨颈骨折愈合后再发股骨头坏死原因初探[J].创伤外科杂志,2000,2(1):54.

[9] 张玥,赵中海,周丽萍,等.患者教育对股骨颈骨折患者行为状况的影响[J].护理学杂志,2000,15(4):195-198.

[10] 郑循香.临床护理路径在妇科围术期患者健康教育中的应用[J].实用医院临床杂志,2012,9(5):164-165.

(收稿日期:2013-08-07 修回日期:2013-10-15)

死亡教育对晚期癌症患者死亡态度的影响*

李永红,江智霞,高晓霞,王章琴,王彦哲
(遵义医学院附属医院肿瘤医院,贵州遵义 563003)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.02.044 文献标识码:C 文章编号:1671-8348(2014)02-0244-03

晚期癌症患者在逐渐步入临终阶段时不仅忍受着疾病的痛苦,而且还要面对死亡的精神及心理威胁,患者对死亡的态度直接影响着生活质量,因此为晚期癌症患者提供死亡教育和临终关怀服务显得尤为重要。死亡教育是临终关怀的重要内容,通过死亡教育以减轻患者对死亡的恐惧,缓解焦虑的情绪,树立正确的生死观,让患者认识生老病死是人生的自然规律,使其在生命的最后阶段通过医务人员的关爱、亲人的关心、社会的关注与支持产生心理的满足、精神的舒缓,提高自身的心理承受能力,能够坦然面对死亡,从而改善生活质量。本研究旨在探讨死亡教育对晚期癌症患者死亡态度的影响,以便更好地提高对患者实施临终护理的水平。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2010 年 9 月至 2011 年 12 月在本院经

病理确诊的Ⅲ、Ⅳ期癌症患者 130 例为研究对象,分为干预组和对照组各 65 例。干预组男 36 例,女 29 例,平均年龄(47.1±12.9)岁;其中鼻咽癌 18 例,宫颈癌 13 例,结直肠癌 8 例,淋巴瘤 8 例,乳腺癌 3 例,脑胶质瘤 3 例,其他 12 例。对照组男 38 例,女 27 例,平均年龄(50.0±12.6)岁;其中鼻咽癌 16 例,宫颈癌 16 例,结直肠癌 10 例,乳腺癌 3 例,肝癌 3 例,淋巴瘤 3 例,脑胶质瘤 3 例,其他 11 例。两组患者性别、年龄、职业、文化程度、目前生理、目前心理、家中讨论死亡等基本情况比较差异无统计学意义(P>0.05)。

1.2 方法及内容 对照组采取常规健康宣教,干预组除常规健康宣教外还增加死亡教育和临终护理服务的内容,方法如下。

1.2.1 知识讲解 将患者集中在一起,由专家讲解肿瘤的基

* 基金项目:贵州省卫生厅 2009 年度科学技术基金项目(gzkwj2009-1-023)。 作者简介:李永红(1966—),主任护师,本科,主要从事肿瘤临床护理研究。

本知识、癌症患者及家属的心理变化特点、临终关怀的理念、死亡的定义及国内外死亡教育状况等内容,运用多媒体形式进行讲解,结合实际、图文并茂、通俗易懂。

1.2.2 健康宣教 在健康宣教中贯穿死亡教育相关内容,责任护士根据分管患者的病情变化适时地进行引导、暗示和讲解,指导患者认识生命的客观性,珍惜有限的时光,更好地提高生活的质量。为患者及家属提供宣传手册、图片等资料,增加护患沟通,建立良好的护患关系,做好各项基础护理工作,尽可能地满足患者及家属的合理需求,为患者实施有效的临终护理措施。

1.2.3 召开交流会及现身说教 将患者集中在温馨、安全、舒适的病友之家房间中召开交流会,让他们介绍自己患病的亲身经历、情绪、睡眠及饮食等的变化,相互倾诉、鼓励和帮助,共同探讨和分享抗癌的经验和体会,并请效果好的患者进行现身说教,鼓励患者树立信心,克服心理压力,保持积极向上的情绪,配合治疗,勇敢地面对疾病和死亡。通过交流课题组成员可以解答患者的疑问,收集到患者的心理状况、生活质量、社会支持及对死亡的态度等资料,以便更好地有针对性地制订护理计划并实施。

1.3 调查工具及评分标准 调查工具采用崔以泰等^[1]提出的死亡态度调查问卷 A 型部分。内容包含基本情况(性别、年龄、本人信仰、目前生理、目前心理、家中讨论死亡等)和个人对死亡、濒死的态度两个部分。个人对死亡、濒死态度共有 18 个条目,其中正向题回答“非常同意”得分 7 分、“同意”得分 6 分、

“有点同意”得分 5 分、“有点不同意”得分 3 分、“不同意”得分 2 分、“非常不同意”得分 1 分;负向题得分相反。课题组成员发放问卷调查表并予指导,调查表当场收回。

1.4 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件进行数据分析,个人对死亡和濒死态度采用 $\bar{x}\pm s$ 描述,等级资料采用秩和检验,其余组间比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 个人对死亡、濒死的态度 个人对死亡、濒死态度持顺应、接受的情况,干预组 and 对照组分别为 46.15%、24.62%,干预组高于对照组;对死亡、濒死态度持排斥、不接受,干预组 and 对照组分别为 53.85%、75.38%,两组比较差异有统计学意义($P=0.01$),见表 1。

表 1 个人对死亡、濒死的态度[n(%)]			
组别	n	顺应、接受	排斥、不接受
干预组	65	30(46.15)	35(53.85)
对照组	65	16(24.62)	49(75.38)

2.2 死亡态度调查内容的序位得分 两组均是“当死亡来临时将会准备好”、“能清楚的预期终有一天自己会死亡”、“能接受自己的死亡是不可避免的事实”、“当死亡发生时会和别人讨论”分别排在最后 4 位,见表 2。

表 2 死亡态度调查内容的序位得分($\bar{x}\pm s$)

内容	干预组	序位	对照组	序位
朋友临终时,会探视他	5.42±1.54	1	4.80±1.73	2
“死亡是生命的结束”的想法不会令其不安	5.32±1.49	2	5.00±1.57	1
如果得了一种致命的疾病,愿意有人告知	5.21±1.67	3	4.66±1.79	4
曾经躲避过一个快要死亡的朋友	4.86±1.74	4	4.75±1.69	3
视死亡为尘世苦难的解脱	4.34±1.70	5	3.97±1.79	6
不会在乎年轻时死去	4.16±1.96	6	3.74±1.96	7
不会被濒死的感觉困扰	4.14±1.84	7	4.19±1.85	5
如果知道一个朋友快要死了,愿意告诉他	3.98±1.83	8	3.50±1.81	11
濒死过程中的疼痛令其害怕	3.81±1.73	9	3.72±1.80	8
如果知道一个朋友快死了,会不知道该对他说什么	3.68±1.58	10	3.68±1.64	10
缓慢死亡过程中的身体恶化情形会觉得不安	3.45±1.83	11	3.09±1.70	14
如果得知一个普通朋友快要死了,会觉得不舒服	3.42±1.72	12	3.72±1.78	9
“当人快死时能力会受到限制”的这种想法令其不安	3.39±1.81	13	3.23±1.81	13
如果一个濒死的人说他快要死去,会觉得焦虑	3.33±1.71	14	3.45±1.55	12
当死亡来临时将会准备好	2.38±0.79	15	2.37±0.70	15
能清楚的预期终有一天自己会死亡	2.31±0.92	16	2.28±0.91	17
能接受自己的死亡是不可避免的事实	2.29±0.83	17	2.03±0.73	18
当死亡发生时会和别人讨论	2.28±0.76	18	2.29±0.72	16

3 讨 论

死亡是生命的自然规律,每个人的必然归宿,只有正视生死观才能激发人们对生命意义和价值的思考。死亡教育就是引导人们科学、客观地认识死亡、对待死亡,利用科学死亡知识服务于医疗护理实践和社会的健康教育^[2]。我国由于传统文化的影响,人们较重视优生、优活,而对优死的意义和内容缺乏足够的认识^[3]。随着我国改革开放的快速发展,科技的不断进步,多元化文化的相互碰撞,媒体的便捷,使大量的信息涌入人

们的大脑,地震、山洪、飞机失事等等,意外事件似乎时有发生,死亡似乎随处可见,人们生存的空间逐渐缩小,生存的压力不断增加,生命好像变得越发脆弱。为了增强抗挫能力,提升生命的质量,人们开始呼唤死亡教育,社会开始催生死亡意识,目前,死亡教育已成为我国教育研究的一个新课题和 21 世纪教育改革的重要取向^[4-6]。

癌症患者在晚期不但要忍受着疾病痛苦的折磨,还要面对死亡的威胁,内心的恐惧和痛苦难以言表。因此为了减轻癌症

患者对死亡的恐惧及心理痛苦,死亡教育尤为必要。本课题通过对 130 例晚期癌症患者进行前瞻性临床现象学调研,分组后,干预组进行死亡教育干预,在一定程度上减轻了患者对死亡的恐惧,增强了患者对死亡的心理承受能力,从而提高了患者临终期的生活质量。在临床现象学调研中发现对照组患者对死亡现象认知的缺乏和茫然,不能科学地看待死亡,对死亡缺乏良好的心理应对能力,不易接受死亡现实;干预组患者对死亡的接受情况、死亡现象的认知,以及对死亡和濒死所持态度均有所改善,与对照组比较差异有统计学意义($P=0.01$)。但在死亡态度调查内容序位得分中,两组均以“当死亡来临时将会准备好”、“能清楚的预期终有一天自己会死亡”、“能接受自己的死亡是不可避免的事实”、“当死亡发生时会和别人讨论”排在最后 4 位,这恰反映出目前晚期癌症患者整体上仍存在对死亡的回避和恐惧心理。现实生活中人们仍受传统文化的影响,对死亡的认识还没有从长期的封建忌讳思想中解脱出来,还不能实事求是地看待死亡。因此要想从思想上改善晚期癌症患者对死亡的态度,仅凭住院期间的知识讲解、健康指导、经验交流等是不够的,应该借助科普知识、影视书籍、媒体传播等社会的力量,进行多形式的宣传和教育。

总之,晚期癌症患者的临终关怀服务任重而道远,死亡教育仍需要社会各界人士的共同努力^[7-8]。构建一种社会支持网络有利于切实解决癌症患者的生理和心理问题,对完善临终关怀体系、维护社会稳定,具有十分重要的现实意义^[9-12];并且,为丰富我国死亡教育领域的学术研究,弥补现有研究的不足,减轻癌症患者身心的痛苦,提高生活质量,使晚期癌症患者真正做到生死两相安也具有非常重要的理论意义。

参考文献:

[1] 崔以泰,黄中天. 临终关怀学理论与实践[M]. 北京:中国医药科技出版社,1992:95-98.

• 临床护理 •

[2] 高玲玲,周花,张英华. 164 名护理本科生的死亡态度与死亡观的调查分析[J]. 中国行为医学科学,2007,16(1):78.

[3] 张宗卫. 患者的基本权利——读《死亡日记》随笔[J]. 癌症康复,2001(3):11-12.

[4] 刘辉,张希晨,李燕. 灾难托起的生命伦理命题:死亡教育[J]. 中国医学伦理学,2008,21(5):97-98,101.

[5] 陈君. 论死亡教育的重要性[J]. 医学与哲学,1999(11):59-60.

[6] 张凤珍,任小红. 临终关怀发展中的护理伦理问题思考[J]. 湖南医科大学学报:社会科学版,2009,11(3):18-20.

[7] 于秋红,栾玉杰. 临终关怀对癌症患者生活质量的影响[J]. 现代临床护理,2008,7(5):3-5.

[8] 陈保同,尤吾兵. 临终关怀伦理的中国本土化问题研究[J]. 中国老年学杂志,2011,31(12):2359-2362.

[9] Wright AA,Zhang B,Ray A,et al. Associations between end-of-life discussions,patient mental health,medical care near death,and caregiver bereavement adjustment[J]. JAMA,2008,300(14):1665-1673.

[10] Wright AA,Mack JW,Kritek PA,et al. Influence of patients' preferences and treatment site on Cancer patients' end-of-life care[J]. Cancer,2010,116(19):4656-4663.

[11] Gries CJ,Curtis JR,Wall RJ,et al. Family member satisfaction with end-of-life decision making in the ICU[J]. Chest,2008,133(3):704-712.

[12] Zhang B,Nilsson ME,Prigerson HG. Factors important to patients' quality of life at the end of life [J]. Arch Intern Med,2012,172(15):1133-1142.

(收稿日期:2013-01-15 修回日期:2013-04-10)

针对性术前访视对老年髌部骨折患者的影响

王 玲,郭礼涛

(海南医学院附属医院手术室,海口 570102)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.02.045 文献标识码:C 文章编号:1671-8348(2014)02-0246-02

随着“生物医学模式”向“生物-心理-社会模式”的转变,术前访视在手术室护理中被日益重视,并被广泛运用^[1-2]。但现在的术前访视多局限于患者的普遍性问题,对一些特殊人群、特殊病种的术前访视仍未被足够重视,如老年髌部骨折患者。自 2009 年 1 月至 2011 年 1 月,本科对 98 例老年髌部骨折患者进行针对性专科术前访视,取得满意效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2009 年 1 月至 2011 年 1 月在本科手术的 98 例老年髌部骨折患者,其中男 57 例,女 41 例;年龄 70~91 岁,平均(71.8±3.7)岁,其中股骨颈骨折 46 例,粗隆间骨折 52 例。患者既往无精神障碍,语言表达清晰,可理解调查内容,愿意合作。98 例患者按照随机数字表随机分为实验组和对照组,两组各 49 例。实验组行针对性访视,对照组行常规访

视。两组患者的性别、内科基础疾病(糖尿病、高血压、骨质疏松症)、文化程度、年龄比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法 两访视组均由同一巡回护士完成,均于术前 1 天下午 16:00 进行访视。对照组访视时,主要了解患者病情,向患者介绍手术时间、麻醉方法、术前准备内容、手术环境、医护人员的职称和水平、术后可能出现的痛苦与不适及注意事项,每例患者约 15 min。

实验组访视前仔细阅读病例,与主管医师及护士进行交流,详尽了解患者情况。对患者进行针对性访视除常规访视内容外还包括如下针对老年髌部骨折患者的具体干预:(1)询问患者对手术的认识及顾虑,了解患者的心理状态,针对病情和个人情况做访视工作。一般包括如下心理问题:焦虑、抑郁、恐惧、自责、经济担忧等。对患者进行疏解时,可同时交给患者一