

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的。

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 •

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

- [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)

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

些缓解不良心理状态的方法如:听轻音乐,找家人朋友聊天、观看影视作品等;(2)利用科室自制的图文,明确介绍该患者骨折手术的原理、过程、优点、预后及费用情况,语言清晰肯定、易于理解,消除患者对手术的疑虑;(3)利用科室自制图片介绍手术室环境,消除患者陌生感,并告知患者手术室进行各种监护的作用;(4)告知患者麻醉方式,如何配合麻醉师,并告知手术体位的摆放方式;(5)告知术后制动以及可能出现的疼痛问题;告知早期功能锻炼的意义及术前良好的心理状态对手术及术后恢复的重要影响;(6)给患者提问时间,针对性解决患者问题,对不知问题予以说明,不能含糊其辞,增加患者疑虑。整个访视时间约 30 min。

1.3 访视效果评估 访视当日晨测血压、心率,其值为访视前血压、心率,入手术室后,麻醉前测血压、心率为入室后的血压、心率。分别于访视前及访视后利用焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)及抑郁自评量表(SDS)对焦虑水平进行测定,量表分值均为 20~80 分,分值越高,症状越重。

1.4 统计学处理 数据采用 SPSS17.0 统计软件进行数据处理,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组之间差异性比较采用 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

访视前两组患者收缩压、心率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。经访视后实验组收缩压、心率与对照组比较差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。访视前两组患者 SAS 评分、SDS 评分均高于我国正常成人模值,且实验组和对照组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。经访视后,实验组 SAS 评分及 SDS 评分均降低,与对照组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2、3。

表 1 访视前及入室后收缩压与心率指标比较($\bar{x} \pm s, n=49$)

组别	收缩压(mm Hg)		心率(次/分)	
	访视前	入室后	访视前	入室后
实验组	120.3±10.29	125.3±10.11	80.34±6.24	84.59±2.20
对照组	121.2±9.29	134.3±11.20	81.14±3.28	95.10±1.87
t	-0.454	-4.176	-0.794	-25.479
P	0.651	<0.01	0.429	<0.01

表 2 两组 SAS 评分的比较分析($\bar{x} \pm s, n=49$)

SAS 评分	对照组	实验组	t	P
访视前	56.1±1.37*	55.7±1.21*	1.532	0.129
访视后	43.2±1.28*	38.6±1.06*	19.375	<0.01

*:代表高于我国正常成人模值(33.80±5.90)。

表 3 SDS 评分比较分析($\bar{x} \pm s, n=49$)

SDS 评分	对照组	实验组	t	P
访视前	59.1±5.02*	58.9±6.35*	0.173	0.863
访视后	53.1±4.27*	50.6±3.03*	3.342	0.001

*:代表高于我国正常成人模值(41.88±10.57)。

3 讨 论

术前访视是手术室护理的重要内容,是架起手术室与病房的桥梁。术前访视不但能够建立护患之间的信赖关系,利于制订术中护理计划,而且还能够消除患者负面情绪增强患者手术

耐受能力^[3]。据一些研究显示,针对特定人群,特定手术项目进行针对性访视能够获得良好的临床效果。韩玲玲^[4]对老年腹腔镜胆囊切除术患者进行针对性访视后发现,针对性术前访视可以降低腹腔镜胆囊切除术患者的术前焦虑,加速患者术后康复。高艳敏等^[5]发现,积极的术前访视和良好的交流技巧可以减轻老年患者术前紧张、焦虑情绪,稳定生命体征,使老年病人安全渡过手术期。宋海英等^[6]对胃癌患者进行访视研究发现,术前访视可有效减轻老年胃癌患者手术引起的应激反应,维持患者生理和心理状况的稳定。

本研究发现,老年髌部骨折患者的焦虑、抑郁评分普遍高于我国成人常模值,说明在这个群体中广泛存在着焦虑、抑郁等负面心理情绪。这些情绪多来源于对术后是否存在功能障碍的忧虑,对麻醉的恐惧,对家庭经济压力的担忧等。一系列的负面情绪可成为应激源,刺激交感神经兴奋,增加去甲肾上腺素及甲肾上腺素的增加,引起人体的非特异性反应,如心率加快,血压升高等生理反应,产生应激综合征,降低患者手术耐受性^[7]。所以开展术前针对性访视尤为重要。在进行针对性访视时,不但进行针对性心理干预,还利用简明的手术原理图对患者进行讲解,让老年患者更易理解手术过程,消除对手术的恐惧。同时拍摄了大量的手术室图片,介绍手术室环境,以及在手术室的注意事项。这样消除了患者陌生感,减小了患者的焦虑恐惧心理。经过作者的针对性访视,患者的焦虑、抑郁评分明显下降,这说明作者的针对性访视缓解了患者的不良情绪。

在访视中发现,访视人员应该经过一定培训,对手术相关内容要熟悉,交谈中具有一定的语言技巧。老年创伤患者是一个敏感、固执人群,如若处理不好,往往适得其反。同时也发现,利用示意图,实物图片等,可以更利于表达,同时也能够让老年患者更容易明白,如有条件可以尝试用视频资料代替图片。总之,术前针对性访视对老年髌部骨折患者有着积极意义。

参考文献:

[1] 丁宏萍,张立新,夏超,等.术前访视对胸科手术患者心理干预的实施和效果评价[J].安徽医学,2012,33(5):618-620.

[2] 李健.术前访视中心理干预对老年择期手术患者焦虑、抑郁影响的临床观察[J].四川医学,2010,31(5):617-619.

[3] 谢倩,杨敏,陈俐,等.我国医院手术室术前访视的现状 & 展望[J].中华护理杂志,2003,38(10):809-811.

[4] 韩玲玲.针对性的术前访视对腹腔镜胆囊切除术病人术前焦虑及术后恢复的影响[J].护理研究,2009,23(19):1736-1738.

[5] 高艳敏,李艳菊,田丽静.术前访视对老年手术病人术前焦虑的影响[J].中国老年学杂志,2009,29(1):59-60.

[6] 宋海英,王庆华,刘骥骥,等.术前访视对老年胃癌患者心身的影响[J].护理学杂志,2009,24(24):53-55.

[7] Cardeña E, Koopman C, Classen C, et al. Psychometric properties of the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire(SASRQ): a valid and reliable measure of acute stress[J]. J Trauma Stress, 2000, 13(4): 719-734.