

品管圈活动对精神障碍患者保护性约束率及生存质量的影响*

职晓燕, 黄洪勇, 赵晓伟, 王传升[△]

(新乡医学院第二附属医院精神五科, 河南新乡 453002)

[中图分类号] R749.05

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)19-2726-03

品管圈(quality control circle, QCC)是在自我组织、相互启发下,活用质量管理理论和方法,对自己工作现场不断进行维持和改善的活动,在解决临床工作流程中存在的问题,发挥着重要的作用^[1-2]。保护性约束是精神科常用的一项治疗措施,能有效防止患者发生伤人、自伤行为,保护患者及周围环境安全,保证医疗护理工作顺利进行^[3]。但保护性约束是违背了患者本人意愿而实施的强制措施,所以大多不被患者及家属所接受。此外,保护性约束使用不当带来的负性情感,既损害了患者的身心健康也伤害了患者家属的感情,极易导致医患纠纷^[4-5]。为降低保护性约束率,2013年5月本科成立“四叶草”QCC小组,经过6个月的实施,取得了良好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 统计科室 QCC 活动前(2012 年 5~10 月)及活动后(2013 年 5~10 月)住院患者保护性约束例数(同一患者重复约束重复计算,下同),分析 QCC 活动的实施效果。活动前后两组患者的年龄、文化程度、职业、婚姻状况、经济收入、疾病种类及严重程度、实验室检查等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 成立小组 QCC 小组成员共 10 名,平均年龄(32.4±8.9)岁。其中副主任医师 1 名,副主任护师 1 名,主管护师 5 名,护士 3 名。投票选举圈长 1 名,辅导员 1 名。圈能力:需多部门配合为 1 分,需一个部门配合为 3 分,自行能解决为 5 分。

1.2.2 主题选定及论证 全体圈员依重要性、迫切性、上级政策、可行性、经济性、圈能力等项目进行选题评选,确定活动主题为“降低保护性约束率”。选题理由:(1)对医院而言,可减少因约束不当而导致的损伤后果,避免纠纷隐患,提高患者满意度,提升医院品牌形象。(2)对患者而言,可减少患者的负性情感。(3)对工作人员而言,可减少约束过程中受伤机率。(4)医院护理部在每个临床科室同时实施了不同主题的 QCC 活动,降低患者保护性约束率为医院整体活动的一部分。

1.2.3 活动计划表制定 QCC 活动按 PDCA 的 10 个步骤进行,即 P 阶段:主题确定、活动计划拟订、现状把握、目标设定、解析、对策拟订;D 阶段:对策实施与检讨;C 阶段:效果确认;A 阶段:标准化、检讨和改进。2013 年 5~6 月评选出圈名和圈徽、实施培训、主题选定;7~8 月活动计划拟定、现状把握、目标设定、解析及对策拟定;9~10 月对策实施与检讨、效果确认、标准化、资料整理。

1.2.4 现状把握 为深入了解现状,依据柏拉图和“80/20”原理对 2012 年 5~10 月科室上报 131 例保护性约束患者进行回顾性分析,归纳主要原因,(1)护士因素:理论联系实际差,病情观察不到位,患者合理诉求未得到及时满足;(2)医护因素:缺乏团队协作和沟通技巧,医生未能及时反馈患者病情变化;(3)

患者因素:长期患病,社会功能衰退,缺乏疾病自知力;(4)家属因素:对患者关心不够,探视少,支持系统不完备。其中护士因素 19.08%;医护因素 24.42%;患者因素 29.77%;家属因素 19.84%。

1.2.5 目标设定及目标值论证 目标值=现况值-(现况值×改善重点比例×圈员能力),根据公式制定本次 QCC 活动的目标值为 20.50%。目标值论证:医院为河南省精神卫生中心,病源充足;圈成员经专业培训,经验丰富;院领导高度重视,活动可行性高。

1.2.6 对策拟定及实施 按照 5W1H 原则,全体圈员就每一评价项目,依重要性、迫切性、上级政策、可行性、经济性、圈能力等项目进行对策选定,评价:优 5 分、可 3 分、差 1 分。共圈选出 4 个对策,(1)护理培训:每周 2 次护理理论知识及操作技能培训,利用操作技能竞赛提高理论联系实际的能力,制作心愿墙鼓励患者合理宣泄诉求。(2)团队协作:通过野外拓展训练和科室文化凝练,提升医护人员团队精神。每天早晚组织医生、护士联合查房,联合床头交接班,通过记事栏及时反馈患者病情变化。(3)患者健康宣教:每周组织 1 次患者座谈会,宣讲精神疾患科普知识。患者人手 1 本疾病防治手册,引导患者自我教育、自我管理^[6]。(4)支持系统重构:活动期间建立良好医患、护患关系,鼓励家属陪护、探视,为患者建立一个良好的多层次、多角度支持系统。

1.2.7 措施巩固及标准化 实施 6 个月后,对活动效果进行检查,具体方法为,(1)标准化:将护理理论知识及操作技能培训纳入新入职护士培训计划;(2)规范管理:凝练科室文化,加强医护沟通;(3)推广应用:将操作流程和指引制定小册子,在全院其他科室推广应用。

1.2.8 探讨及改进 针对本次 QCC 过程进行全面分析,对存在的问题进行讨论改进。通过本次 QCC 活动,虽然患者保护性约束率整体下降,低于目标值,但患者因疾病自知力缺失引发的保护性约束比例仍然较高。这主要与健康宣教滞后及患者社会功能衰退有关。今后将从加强患者入院宣教和社会功能训练等方面进行护理质量持续改善。

1.2.9 量表评定 由科主任和护士长对课题参与人员进行相关疾病诊断、量表评定技巧以及一些紧急问题给予培训。培训后,对于量表评定的一致性检验 $Kappa=0.88\sim 0.93$ 。研究人员采用统一的解释性语言,指导患者填写 WHO 生存质量评定量表简表(WHOQOL-BREF)。该量表分为生理领域、心理领域、社会领域、环境领域 4 个因子,各个因子得分通过计算其所属条目相加的平均分再乘以 4,分数越高代表生存质量越好^[7]。

1.3 统计学处理 所有资料双人双机分别录入,采用 SPSS 17.0 统计软件进行分析,符合正态分布的计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表

* 基金项目:河南省卫生计生厅卫生科技创新型人才工程项目(20103052)。 作者简介:职晓燕(1977-),主管护师,本科,主要从事精神科临床护理及质量管理。 [△] 通讯作者, Tel: (0373)3373937; E-mail: wcsoffice@126.com。

示,采用 t 检验,计数资料以率表示,采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 活动前后患者保护性约束改变情况比较 活动前患者共 381 例,约束 131 例,约束率为 34.38%;活动后患者共 377 例,约束 87 例,约束率为 23.08%。活动前后保护性约束率明显下降,差异有统计学意义($\chi^2 = 11.82, P < 0.05$),其中护士因素、医护因素及患者家属因素对降低保护性约束影响较大,本次 QCC 活动进步率达 32.87%,目标达成率达 81.41%。结果见表 1、2。

表 1 活动前后患者保护性约束情况比较 (发生例数/总例数, n/n)

组别	5 月份	6 月份	7 月份	8 月份	9 月份	10 月份	合计
活动前	26/65	20/60	22/59	18/68	24/66	21/63	131/381
活动后	25/67	18/62	14/55	11/69	10/60	9/64	87/377
χ^2	0.10	0.26	1.85	2.28	6.19	6.54	11.82
P	0.86	0.70	0.23	0.15	0.02	0.01	0.00

表 2 活动前后患者保护性约束原因比较 (发生例数/总例数, n/n)

组别	护士因素	医护因素	患者因素	家属因素	其他因素
活动前	25/381	32/381	39/381	26/381	9/381
活动后	12/377	17/377	37/377	13/377	8/377
χ^2	4.66	4.74	0.04	4.43	0.05
P	0.04	0.04	0.90	0.05	1.00

2.2 活动前后患者生存质量改变情况比较 活动后患者生存质量明显提高,其生理领域、心理领域、社会领域、环境领域评分均高于活动前患者,差异有统计学意义($P < 0.01$),见表 3。

表 3 活动前后患者 WHOQOL-BREF 量表评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	生理领域	心理领域	社会领域	环境领域
活动前	381	10.38 \pm 2.05	10.99 \pm 2.12	13.21 \pm 1.85	12.76 \pm 2.98
活动后	377	12.96 \pm 3.72	12.85 \pm 2.93	14.90 \pm 1.94	13.82 \pm 2.61
t		-11.81	-10.00	-12.28	-5.21
P		0.00	0.00	0.00	0.00

2.3 小组成员素质改变情况比较 活动后小组成员取得明显成长,素质显著提高,与活动前相比,差异均有统计学意义($P < 0.05$),见表 4。

表 4 活动前后小组成员素质改变情况比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

调查指标	活动前	活动后	活动成长	t	P
品管手法	1.88 \pm 0.71	3.75 \pm 0.94	1.87	5.02	0.00
沟通协调	2.25 \pm 0.89	3.13 \pm 0.81	0.88	2.31	0.03
团队凝聚力	2.50 \pm 0.92	4.00 \pm 0.97	1.50	3.55	0.00
愉悦感	2.38 \pm 0.86	3.75 \pm 0.85	1.37	3.58	0.00
积极性	3.00 \pm 1.03	4.25 \pm 1.09	1.25	2.64	0.02
解决问题能力	2.88 \pm 0.90	3.89 \pm 0.98	1.01	2.40	0.03

3 讨 论

3.1 有形成果 随着 QCC 活动的深入开展,患者保护性约束例数逐渐下降,9 月开始已有统计学意义($P < 0.05$),活动前后患者总体保护性约束率由 34.38% 下降到 23.08%,差异有统计学意义($P < 0.01$)。说明降低保护性约束率除与医护人员业务技能、沟通技巧、环境因素有关外,还与患者自身疾病及家属支持有关,涉及到医护之间、医患之间、患者与家属之间多部门、多层次的协作。QCC 活动通过工作流程优化,加强团队成员沟通协作,使患者保护性约束率明显下降,提示精神科管理者应注重科室团队建设,加强业务培训,治疗方案制订应注重吸纳患者及家属参与^[8-9]。开展 QCC 活动以来,护士因素、医护因素、患者家属因素对降低保护性约束影响明显($P < 0.05$)。说明 QCC 活动通过促进团队成员的技能学习,规范工作流程,重构患者支持系统,从制度上限制了保护性约束发生的可能性。精神科住院患者大多长期患病,社会功能衰退,住院期间的健康宣教已明显滞后,可能成为患者自身因素在降低保护性约束率中效果不明显的主要原因。提示精神科医护人员可从医护联合查房、医护双方交叉提醒、重点患者记事栏警示、鼓励患者家属陪护探视等环节规范操作,以减少保护性约束的发生;同时提示精神疾病应早发现、早干预、早治疗,社会及家庭应给与患者充分关爱,尽量避免其社会功能衰退,这与以往研究结论相一致^[10-12]。

3.2 无形成果 生存质量是指个人在社会生活和日常活动中的机能能力和主观感受,是包括生物医学和社会心理内容的综合概念。精神疾患往往导致患者社会和家庭功能部分丧失,患者生存质量明显低于常模^[13]。本研究发现,开展 QCC 活动后患者在 WHOQOL 的生理领域、心理领域、社会领域、环境领域评分均明显高于活动前($P < 0.01$),表明 QCC 活动通过健康教育、心理干预、社会支持等措施可以改善患者症状,促进社会功能恢复,降低保护性约束,提高患者生存质量;而生存质量的提高,又可进一步促进患者社会功能恢复,利于保护性约束行为的降低,从而形成了良性循环。提示精神科医护人员在临床治疗中应重视患者支持系统的重建和生存质量的改善,以保障患者维持治疗的依从性,改善患者的社会功能。这也与曾祥刚等^[14]研究结论相一致。通过 QCC 活动,圈成员在品管手法、沟通协调、团队凝聚力、愉悦感、积极性、解决问题能力等方面均得到成长($P < 0.05$),尤其在品管手法、团队凝聚力、愉悦感方面成长明显($P < 0.01$)。表明 QCC 活动重视人的因素,通过科学方法找准工作中期待解决的问题,促使小组成员带着问题去思考,带着思考去工作,建立自下而上的质量改善模式,在互动中提高了小组成员的积极性、凝聚力和岗位价值感,加强了小组团队协作精神,有利于提高医护质量和患者生存质量,医患双方双受益^[15]。

参考文献

[1] 张幸国. 医院品质圈活动实战与技巧[M]. 杭州:浙江大学出版社,2010:5.
 [2] Wang LR, Wang Y, Lou Y, et al. The role of quality control circles in sustained improvement of medical quality [J]. Springer Plus, 2013, 2(1):1-5.
 [3] Chen IC, Hsun M, Kuo C. Quality improvement: perspectives on organizational learning from hospital-based quality control circles in Taiwan [J]. Human Resource Development International, 2011, 14(1):91-101.
 [4] 陈旭红. 人性化服务对精神科保护性约束患者影响的研究

- 究[J]. 当代护士, 2012(6):151-152.
- [5] 崔海华, 李占敏, 臧志坤, 等. 精神病患者保护性约束致意外事件分析及对策[J]. 护理学报, 2010, 17(5):63-64.
- [6] 赵成, 于碧涛, 杨长荣, 等. 社会技能训练对维持治疗期精神分裂症患者的疗效观察[J]. 重庆医学, 2011, 40(1):71-72.
- [7] Fu T, Tuan YC, Yen MY, et al. Psychometric properties of the World Health Organization quality of life assessment-brief in methadone patients: a validation study in northern Taiwan[J]. Harm Red J, 2013, 10(1):37-38.
- [8] 黄芹, 唐岩, 温云辉, 等. 集体心理治疗对精神分裂症患者家属的意义[J]. 现代预防医学, 2011, 38(7):1294-1295.
- [9] 于文军, 胡纪泽, 习萍, 等. 精神分裂症患者家属心理健康研究 II: 照顾负担影响因素[J]. 中国临床心理学杂志, 2011, 19(4):518-520.
- [10] 职晓燕, 黄洪勇, 崔桂梅, 等. 多维综合干预对慢性精神分裂症合并代谢综合征的防治效果评价[J]. 中国慢性病预防与控制, 2012, 20(5):532-535.
- [11] 吴霞民, 刘津, 马宁, 等. 重症精神疾病关锁患者解锁救治后社会功能的改善[J]. 中国心理卫生杂志, 2013, 27(2):81-86.
- [12] 徐琳, 金韬, 蒋国庆. 精神分裂症患者再入院原因分析及对策研究[J]. 重庆医学, 2010, 39(4):413-414.
- [13] Lyrakos GN, Karachalios M, Spinaris B. Health related quality of life in psychiatric inpatients and ITS correlation with the personality characteristic of dispositional optimism[J]. European Psychiatry, 2011, 26(10):437-438.
- [14] 曾祥刚, 聂兵, 程小平. 治疗依从性对精神分裂症患者社会功能的影响[J]. 重庆医学, 2011, 40(13):1320-1321.
- [15] 章飞雪, 于燕燕, 徐枝楼, 等. 品管圈活动在精神科老年病房基础护理质量管理中的作用[J]. 中华护理杂志, 2013, 48(2):127-130.
- (收稿日期:2014-12-20 修回日期:2015-02-16)
- 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.19.056

¹²⁵I 粒子植入联合高频热疗治疗中晚期肺癌的护理研究

陈鸿颜, 王身坚, 陈松, 王超群[△]

(海南医学院附属医院核医学科, 海口 570102)

[中图分类号] R734.2

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)19-2728-03

肺癌是目前死亡率最高的恶性肿瘤, 且其发病率及死亡率呈逐年上升趋势, 研究发现我国年均增长率达 1.63%^[1], 80% 以上肺癌在确诊时已属于中、晚期而失去最佳手术时机^[2]。临床放、化疗的发展虽对提高其生存率起到重要作用, 但因肺癌多见于老年人而身体条件较差, 常合并各种基础性疾病, 因此, 对放化疗耐受性较差, 探索更加可行、有效的其他治疗方法是临床研究的热点。¹²⁵I 粒子植入是肺癌局部微创治疗的有效方法, 而联合高频热疗会增加治疗效果而使患者获益也得到相关研究的证实, 该技术方法的安全、成功实施, 需要术前、术中、术后的有效护理配合, 本院 2010 年 1 月至 2013 年 12 月成功实施 35 例中晚期肺癌 ¹²⁵I 粒子植入联合高频热疗治疗, 手术安全、疗效满意, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 35 例患者均经 CT 增强扫描及病理学穿刺活检等检查确诊为中晚期肺癌, 其中, 男 26 例, 女 9 例, 年龄 47~78 岁, 平均 56.5 岁; 腺癌 21 例, 鳞癌 14 例, 肿瘤直径 25~90 mm; 35 例均为失去外科手术机会或拒绝外科治疗而选择 ¹²⁵I 粒子植入联合高频热疗治疗者, 术前手术医师及护理人员向患者及家属行告知并签署知情同意书。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 ¹²⁵I 粒子植入治疗时, 将患者 CT 影像资料传送至计算机三维治疗计划系统 (TPS, 北京飞天兆业科技发展有限公司), 对影像资料进行三维重建。根据患者肿瘤大小、部位及与周围组织间的关系, 分析制定剂量曲线、吸收剂量指示及放射粒子治疗计划, 依据 TPS 计划确定穿刺部位和深度, 进针至肿瘤体远端 0.5 cm 处, 以 1.0 cm 间距退针并植入放

射性 ¹²⁵I 粒子 (北京原子高科公司, 粒子活度为 0.8 mCi, 组织穿透力为 17 mm, 半衰期 59.6 d), 植入后即行 CT (GE 公司 64 排螺旋 CT) 扫描确认, 依据 TPS 计划进行剂量验证, 必要时补植粒子。术后给予止血、抗感染等常规治疗。植入术后 3~5 d, 患者未出现并发症时接受高频热疗 (吉林省迈达科技有限公司, NRL-002 型内生场肿瘤热疗系统), 温度设定为 41 °C, 每次治疗 1 h, 每 2 天 1 次, 连续治疗 3 次。

1.2.2 护理方法

1.2.2.1 术前护理干预及准备 (1) 术前认真、仔细、充分给患者及家属讲解 ¹²⁵I 粒子所释放的短程伽马射线使肿瘤细胞 DNA 链断裂进而使其细胞增殖停止, 进而使肿瘤细胞停止生长、坏死而达到治疗目的, 该技术方法对不能手术的肺癌治疗效果明显, 可以明显改善症状而提高患者生活质量, 同时可明显延长生存期而使患者获益, 让患者充分了解该方法的安全性、微创性及优越性等特点, 消除其恐惧心理, 增强治疗信心。

(2) 术前常规准备 对患者行血常规、凝血功能、肝肾功、心电图检查及皮肤准备; 患者心率、血压及咳嗽的监测与控制; 备齐必要的治疗和抢救药品。(3) 手术相关器材及放射性粒子准备好 ¹²⁵I 粒子、穿刺针、粒子植入器材、气管插管、心肺复苏器材、药物及防护设备。

1.2.2.2 术中护理 (1) 生命体征检测: 术中密切观察患者的心率、血压、呼吸等生命体征, 出现异常时及时报告医生, 并配合医生做好相应处理, 确保手术安全、顺利完成。(2) 气胸、咯血等并发症的护理: 粒子植入是一项相对安全可靠的技术, 气胸及咯血是常见的并发症, 多可经过对症处理缓解。术中应注意观察患者有无呼吸困难、胸痛、咯血及意识改变。出现上述