

直肠外科快速流程临床指南(三)[J]. 中国普外基础与临床杂志,2009,16(7):581.

[9] 李立,汪晓东,舒晔,等. 四川大学华西医院肛肠外科·结直肠外科快速流程临床指南(四)[J]. 中国普外基础与临床杂志,2009,16(8):671.

[10] Hjort Jakobsen D, Rud K, Kehlet H, et al. Standardising fast-track surgical nursing care in Denmark [J]. Br J • 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.20.051

Nurs,2014,23(9):471-476.

[11] 杨廷翰,蒲怡,杨光超,等. 快速流程完成率对结直肠癌根治术后管理的影响[J]. 中国普外基础与临床杂志,2010,17(11):1203-1206.

(收稿日期:2015-01-13 修回日期:2015-03-14)

舒适护理提高维持性血液透析患者生存质量的研究

杨 佳, 颜俊峰, 唐一可, 王 茜, 傅 利<sup>△</sup>  
(重庆市第三人民医院肾内科 400014)

[中图分类号] R473.5 [文献标识码] C [文章编号] 1671-8348(2015)20-2872-03

维持性血液透析(MHD)是终末期肾病替代治疗的主要手段<sup>[1]</sup>,可改善患者的部分临床症状,但不能完全代替肾脏的各种功能,不可逆转的肾功能下降,常伴有水肿、贫血、骨痛、皮肤瘙痒等并发症。由于社会角色和生活习惯的改变,高额的医疗费用,MHD 患者承受着巨大心理压力,常出现抑郁、焦虑等负性情绪,严重影响其生活质量及预后<sup>[2]</sup>。因此,对 MHD 患者实施舒适护理干预尤为重要。本研究通过舒适护理干预减轻 MHD 患者的负性情绪,提高其生存质量。本院血液透析中心于 2012 年 6 月至 2013 年 12 月对 96 例 MHD 患者采取舒适护理干预,其效果满意,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 6 月至 2013 年 12 月本院血液透析中心 MHD 患者 96 例。其中急性肾衰竭 15 例,慢性肾炎 28 例,高血压肾病 18 例,糖尿病肾病 35 例。纳入标准:患者病情稳定、神志清楚,无精神疾病,透析时间大于或等于 3 个月,年龄大于或等于 20 岁。排除标准:精神病患者,严重认知功能障碍者,听力、语言沟通障碍者,肾脏恶性肿瘤需要手术患者及拒绝接受血液透析治疗者。干预前向患者说明研究方法和目的,经患者同意并签知情同意书。

1.2 方法 于 MHD 患者入院时,责任护士对其进行评估并记录,采取生存质量综合评定问卷-74(GQOLI-74 问卷)评价患者的生存质量;采用抑郁自评量表(SDS)及焦虑自评量表(SAS)评估患者负性情绪。评估完毕患者进入干预阶段,时间为 3 个月。

1.2.1 透析前的舒适护理

1.2.1.1 环境舒适 透析室保持整洁、舒适、安静、安全、温馨;备有空气消毒机、空调,温度保持 22~26℃,湿度控制在 55%~60%。在整体色彩调配上,主要以浅色为基调多采用浅蓝和绿色,其他根据不同场景用植物、鲜花、壁画加以点缀。使患者感觉舒适;每次透析结束更换清洁的床单、被套及枕套,用空气消毒机行空气消毒。

1.2.1.2 心理舒适 主动与患者沟通交流,及时了解患者的感受,可讲一些轻松、双方感兴趣的话题,拉近护患关系,保持心理上的舒适和安全,使患者轻松接收治疗。

1.2.2 透析中的舒适护理

1.2.2.1 舒适的穿刺护理 透析一般选用 16 号内瘘针建立

动静脉通道各 1 个,MHD 患者 1 年累计穿刺数百针,可采取扣眼法穿刺能明显降低患者的疼痛感,其成功率高。穿刺完毕用无菌治疗巾遮盖手臂,注意肢体保暖。

1.2.2.2 血液外渗的舒适处理 如有血肿形成应迅速更换穿刺部位,24 h 后血肿处涂抹多磺酸黏多糖后轻轻按摩或用 50%硫酸镁湿热敷,促进血液循环,加快皮下淤血吸收。

1.2.2.3 并发症观察和处理 最常见的并发症是透析低血压,透析过程中要耐心倾听患者主诉,严密观察神志、面色、血压变化,及时调整超滤量,陪护在患者床旁,指导其做深呼吸,增强其战胜疾病的信心<sup>[3]</sup>。

1.2.2.4 体位舒适 透析卧床时间较长容易导致患者疲劳不适,个别患者肢体活动受到一定限制,尤其感觉穿刺侧手臂酸胀甚至疼痛,可给予局部轻柔按摩,帮助患者适当更换体位。

1.2.2.5 饮食舒适 透析进行 1~2 h,胃部水肿减轻患者常感饥饿需进餐。为保证患者在治疗期间的营养供给,以维持其每日机体的消耗<sup>[4]</sup>。要创造良好的就餐环境,把床头摇至半坐卧位,将饭菜放置于患者方便取食的位置,饭前用消毒毛巾擦手,饭后维持口腔清洁,协助漱口,促进生理舒适。应强调饮食的科学性:按患者饮食习惯避免辛辣、油腻食物,合理安排低磷、低盐、高热量、高维生素、优质高蛋白易消化的饮食<sup>[5]</sup>。

1.2.3 血液透析后的舒适护理

1.2.3.1 生活舒适 保证充足的睡眠和休息,保持乐观情绪,依据病情做适当家务和运动,如散步、慢跑、打太极拳、跳舞等。规范饮食,忌抽烟、饮酒、熬夜,不去人多密集的场所,以避免交叉感染。

1.2.3.2 用药舒适 每天自我监测血压非常必要,血压低于 120/70 mm Hg 需暂时停止口服降压药,以免发生内瘘阻塞;血压持续高于 180/90 mm Hg,应及时与医生联系,对药物剂量进行调整。

1.2.3.3 血管通路舒适 血管通路是血液透析患者的“生命线”<sup>[6]</sup>,深静脉置管每周至少 2~3 次换药,肝素生理盐水封管,敷料避免污染,以免导管感染。动静脉内瘘患者,每天要坚持术肢的护理和锻炼,发现异常(震颤音减弱或消失)及时与医护人员联系立即处理。

1.2.3.4 社会关系舒适 主管护士与患者家属进行有效沟通,告知亲人的支持和良好的家庭休养环境,对患者病情稳定

的重要性。积极开展健康知识讲座,鼓励病员之间交流学习。让患者及家属充分了解血液透析常识和紧急状态下的处理方法,如内瘘堵塞、心力衰竭、穿刺点渗血等,不断提高患者的认知和自我管理水平。

**1.2.4 疗效判断标准** (1)采用 GQOL I-74 问卷<sup>[7]</sup>。该问卷由责任护士在对患者实施舒适护理前后发放,由患者现场填写后收回,收回有效率为 100%。GQOL I-74 问卷内容包括社会功能、心理功能、躯体功能和物质生活等 4 个维度,共 20 个因子。并将各维度评分转化为 0~100 的标准分,得分 80 分及其以上为优,70~79 分为良,60~69 分为中,小于 60 分为差。(2)采用 SAS<sup>[8]</sup> 和 SDS<sup>[9]</sup>,两个量表其结构及评分方法相似,各含有 20 个项目,均分为 4 级评分,总分乘以 1.25 取整数,即是标准分,分界值为 50 分,分值越小越好,评分值越高,说明抑郁焦虑存在越严重,在护理干预前、后评定患者焦虑、抑郁状况。

**1.3 统计学处理** 采用 SPSS13.0 统计软件进行分析,计数资料以率表示,采用  $\chi^2$  检验;计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,采用  $t$  检验。检验水准  $\alpha=0.05$ ,以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

2 结 果

**2.1 护理干预前后 MHD 患者 GQOL I-74 评分比较** 经舒适护理干预 3 个月后患者在社会功能、躯体功能、心理功能方面较干预前明显提高,患者社会功能、躯体功能、心理功能评分干预前后比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 1。

表 1 护理干预前后患者 GQOL I-74 评分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)					
时间	<i>n</i>	社会功能	躯体功能	心理功能	物质生活
干预前	96	38.21±16.10	32.15±15.63	36.91±15.20	54.41±14.29
干预后	96	61.13±19.21	62.15±16.14	64.33±16.17	55.78±18.09
<i>t</i>		5.431	5.693	5.385	0.912
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	>0.05

**2.2 护理干预前后 MHD 患者负性情绪改善情况比较** 干预前 MHD 患者焦虑、抑郁评分明显高于干预后,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 2。

表 2 护理干预前后 MHD 患者抑郁、焦虑情况比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)			
时间	<i>n</i>	SDS 评分	SAS 评分
干预前	96	38.33±6.41	38.51±5.43
干预后	96	31.13±6.16	30.10±5.14
<i>t</i>		7.832	4.371
<i>P</i>		<0.05	<0.05

3 讨 论

有研究表明,MHD 患者常有以抑郁、焦虑为主的负性情绪,会出现伴有自我感觉不良、自我评价低及对生活失去信心等症状,严重影响患者的透析效果及生存率<sup>[10-11]</sup>。本研究患者以中老年居多,干预前 MHD 患者均存在有不同程度的焦虑抑郁情绪,这些负性情绪可能与患者承担着社会、家庭重要责任,经济压力和经受疾病折磨等有关。而 MHD 患者的舒适度与患者的生存质量、希望水平密切相关<sup>[12]</sup>,因此,加强 MHD 患者的舒适护理干预对提高患者生存质量具有重要意义。

舒适护理理论强调舒适护理应贯穿患者的整体护理过程中,并与基础护理和护理研究相结合,目的是为提高患者的护

理满意度及舒适度。具体而言,舒适护理即“3H 护理”,包括医院式(hospital)护理、家庭式(home)护理和宾馆式(hotel)护理。舒适护理服务应尽量满足患者的各方面需要,从社会、生理、心理三个方面对患者进行全面护理<sup>[13]</sup>。舒适护理深刻体现了“以患者为中心”、“以人为本”的护理服务理念,使患者在社会、心理及生理各层面降低了不愉快的程度或达到了愉快的状态<sup>[14]</sup>。本科将舒适护理模式贯穿于 MHD 患者护理的整个过程,注重改善患者生理不适、加强对其心理护理和社会支持,满足患者在心理、生理、心灵、社会等方面的舒适需要,有利于消除患者焦虑、紧张情绪,促使患者的身心平衡<sup>[15]</sup>,减少透析并发症的发生,从而提高患者整体舒适度。

本研究发现,实施舒适护理干预后 MHD 患者在社会功能、躯体功能、心理功能方面明显优于干预前( $P<0.05$ ),其抑郁、焦虑评分明显低于干预前( $P<0.05$ )。由此可见,舒适护理干预能够降低 MHD 患者的负性情绪,提高其生活质量。因此,护士应加强学习,不断完善舒适护理内涵,更好地为患者服务。在赢得患者肯定、尊重和信任的同时,积极主动地为患者进行心理疏导,促使患者的心理平衡,降低透析并发症的发生率,提高患者整体舒适度,促进患者的康复。

参考文献

[1] 许雪华. 心理护理干预对血液透析患者负性情绪和生活质量的影响[J]. 齐鲁护理杂志,2012,18(3):16-17.

[2] 王新歌,樊少磊,张守梅. 认知行为干预对维持性血液透析患者负性情绪的影响[J]. 中华护理杂志,2013,48(8):744-746.

[3] 尹春梅. 舒适护理在维持血液透析患者中的应用[J]. 中国医药指南,2012,10(17):658-660.

[4] 芦慧,骆燕芳,孙张瑜. 护理干预对维持性血液透析老年患者自我护理能力效能评价[J]. 护理实践与研究:上半月版,2013,10(23):24-25.

[5] 程妙容. 舒适护理在血液透析患者中的应用[J]. 护理实践与研究,2014,11(1):19-20.

[6] 刘学平. 个性化护理干预提高诱导期血液透析患者生活质量的观察[J]. 中国医药指南,2010,8(14):147-148.

[7] 刘春梅,刘学华,何学林. 社会支持与癌症化疗患者身心需要的分析研究[J]. 蚌埠医学院学报,2010,35(1):96-97.

[8] 南登昆,繆鸿石. 康复医学[M]. 北京:人民卫生出版社,2003:55.

[9] 汪向东,王希林,马弘. 心理卫生评定量表手册[M]. 北京:中国心理卫生杂志社,2004:235-236.

[10] Maurizio B,Claudia C,Gian C,et al. Correlates of symptoms of depression and anxiety in chronic hemodialysis patients[J]. Gen Hosp Psychiatry,2010,32(2):125-131.

[11] Klari M,Letiea I,Petrov B,et al. Depression and anxiety in patients Oil chronic hemodialysis in university clinical hospital mostar[J]. Coll Antropol,2009, Suppl 2: 153-158.

[12] 高云,李亚洁,董文,等. 老年维持性血液透析患者希望影响因素的路径分析[J]. 护理学杂志,2012,27(3):19-22.

[13] 李茹,吴小娟,沈茹娟,等. 舒适型护理在腰椎间盘突出症患者治疗中的效果观察[J]. 蚌埠医学院学报,2010,35(7):67-68.

[14] 张艳,史晓芬.肝硬化患者的舒适护理[J]. 护理实践与研究,2011,8(24):58-59.

[15] McCann RM, Hall H W J, Groth-Juncker A. Comfort care for terminally ill patients. The appropriate use of nutri-

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.20.052

tion and hydration[J]. JAMA,1994,272(16):1263-1266.

(收稿日期:2015-01-21 修回日期:2015-04-15)

郑州市某三甲医院临床护士抑郁和健康相关工作效率低下的关系研究

贾志阳,李红霞  
(郑州大学第一附属医院影像与核医学病区,郑州 450052)

[中图分类号] R749.3 [文献标识码] C [文章编号] 1671-8348(2015)20-2874-02

健康相关工作效率低下(presenteeism)指员工因生病、压力太大或者其他问题无法专心工作时,虽照常上班却导致工作效率下降的现象。健康相关工作效率低下的表现形式主要有工作产出减少、工作失误、不能按照公司的生产标准工作等<sup>[1]</sup>。健康相关工作效率低下现象普遍存在<sup>[2]</sup>,从事服务行业和教育行业的员工(护士、老师等)工作效率低下现象更严重。原因是这些人从事服务行业,他们的工作性质是满足他人的基本生活需要,其工作的重要性和连续性导致了从事此类行业的人员较难请假,即使状态不佳也照常上班<sup>[3-4]</sup>。引起工作效率低下的健康问题主要有躯体疾患(如肌肉骨骼疾患、心血管疾病等)和精神疾患(如抑郁、压力等)<sup>[5-6]</sup>。Martinez 等<sup>[7]</sup>对 296 名护士作的横断面调查发现,引起护士工作效率低下的心理因素主要有压力(33.9%)和焦虑(28.5%),生理因素主要有腰疼(46.1%)和呼吸道感染(41.4%)。国外对健康相关工作效率低下的研究已有二十几年,我国对此的研究才处于刚刚起步阶段,且尚未见护士抑郁和健康相关工作效率低下关系的直接报道。因此,本研究旨在对护士抑郁和健康相关工作效率低下进行调查,探讨护士抑郁和健康相关工作效率低下的关系。

1 资料与方法

1.1 一般资料 于 2013 年 10 月至 2014 年 2 月便利抽取郑州市某三级甲等医院的 280 名护士进行调查。纳入标准:(1)在三级甲等综合医院临床护理岗位工作的护士;(2)工作满 1 年。排除标准为:(1)为未取得护士执业证书;(2)未从事临床护理工作(如消毒供应室、静脉输液中心、门诊工作等)。本研究共发放调查问卷 300 份,回收 285 份,剔除不合格问卷 5 份,有效问卷 280 份,有效回收率为 93.3%。其中,女 268 名(95.7%),男 12 名(4.3%);年龄 21~52 岁,平均(31.58±16.47)岁;教育程度:中专 29 名(10.4%),大专 103 名(36.8%),本科及研究生以上 148 名(52.8%);职称:护士 109 名(38.9%),护师 126 名(45.0%),主管护师 40 名(14.3%),副主任护师及主任护师 5 名(1.8%);婚姻状况:未婚 142 名(50.7%),已婚 138 名(49.3%);护龄:1~5 年 65 名(23.3%),6~10 年 125 名(44.6%),11~15 年 76 名(27.1%),16 年以上 14 名(5.0%);工作科室:内科 109 名(38.9%),外科 86 名(30.7%),妇科 18 名(6.4%),儿科 15 名(5.4%),急诊/ICU 45 名(16.1%),其他科室 7 名(2.5%)。

1.2 方法

1.2.1 研究工具 (1)一般资料调查表:自设问卷,包括调查对象年龄、性别、学历、婚姻状况、科室等。(2)抑郁自评量表(SDS):用于评定受试者的抑郁水平。共 20 个反映抑郁主观

感受的项目,采用 Likert 4 级评分法,正反向评分题目各 10 项,标准分为 20 项的得分相加后乘以 1.25 所得整数部分。SDS 标准分大于或等于 53 分界定为有抑郁情绪,其中 53~62 分表明有轻度抑郁,63~72 分表明中度抑郁,72 分以上表明有重度抑郁<sup>[8]</sup>。该量表的中国常模均数为(41.88±10.57)分,具有良好的信效度。(3)工作受限情况调查问卷(WLQ):WLQ 采用自我报告的方式,让员工评价在过去的两周内完成特定的 25 个工作任务时遇到困难的程度,共 4 个维度 25 个条目,采用 Likert 5 分制计分法,0~4 分分别表示完成某些工作“从没有困难”、“很少有困难”、“有时有困难”、“经常有困难”和“一直有困难”。总分范围为 0~100 分,得分越高,工作效率下降程度越严重。除了每个维度的得分之外,问卷的突出特点就是最后得到一个综合指数,便于全面评价员工因健康问题造成的工作效率下降程度<sup>[9]</sup>。问卷 4 个维度的 Cronbach's  $\alpha$  系数在 0.93~0.97。董小方等<sup>[10]</sup>将其译为中文版并在护理人群中测量其信度和效度,问卷 4 个维度的 Cronbach's  $\alpha$  系数在 0.839~0.922,因子分析共提出 4 个因子,累积方差贡献率 61.473%,表明问卷信度和效度良好。该问卷已经在不同的职业人群和多种慢性病上得到应用,如抑郁症、骨关节炎、背部疼痛、糖尿病、偏头痛和心脏病等<sup>[11-13]</sup>。

1.2.2 资料收集方法 征得医院和科室同意后,由经过培训的本课题组成员对符合纳入标准的护士进行调查。问卷发放前向调查对象介绍本研究目的、意义,征得调查对象同意后开始发放调查问卷。问卷填完检查合格后当场收回,如问卷有漏项或填写格式错误当场向调查对象询问。

1.3 统计学处理 采用 SPSS 17.0 统计软件进行分析。录入双人录入的方法,采用频数、构成比、 $\bar{x}\pm s$  描述护士的一般资料;其他统计学方法有  $t$  检验、方差分析等,以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 护士抑郁水平结果 采用 SDS 量表评定临床护士的抑郁情绪,以 SDS 标准分大于或等于 53 分定为有抑郁情绪, $\geq 53$  分者共 96 人,检出率为 34.3%,其中轻度抑郁者 27.8%(78/280),中度抑郁者 5.7%(16/280),重度抑郁者 0.8%(2/280)。临床护士 SDS 标准分为(49.32±12.48)分,均高于常模,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

2.2 临床护士抑郁水平与健康相关工作效率低下关系 用工作受限情况调查问卷测量护士因抑郁导致的工作效率下降程度。其中,无抑郁、轻度、中度和重度抑郁的临床护士工作效度下降百分比分别为(4.73±1.42)%、(6.33±2.85)%、(9.05±