

安排患者回院复诊。此外,原位尿流改道术最大优势在于最大限度模拟了生理排尿过程,但手术后新膀胱较生理膀胱容积较少,且患者无自主排尿反射,肠黏膜不具备膀胱尿肌收缩排尿功能。不经过训练很难达到理想新膀胱容积、有效排空新膀胱。因此,本研究团队为患者制定了详细的新膀胱功能训练的方案,并监督患者严格按照方案进行锻炼,帮助患者在最短的时间内达到最理想的躯体功能恢复效果,从而进一步增强患者的心理健康和社会功能。

3.3 延续护理有利于患者心理社会功能的恢复 研究结果显示,接受延续护理服务的实验组患者在活力、社会功能、心理健康和总体心理健康方面优于接受传统护理服务的对照组患者,且差异有统计学意义($P < 0.05$)。由于两组患者的一般资料无明显差异,提示患者心理社会功能的恢复与患者性别、年龄、职业、婚姻状况等基本情况构成比无显著关系,而与不同的护理方式相关。延续护理的宗旨就是帮助患者在从医院转移到家庭的过渡期中能够获得及时的照顾和服务^[11],以期能够帮助患者尽快恢复心理社会功能,提高患者的生活质量。结果显示,延续护理可以帮助实验组患者获得一个良好的躯体功能,从而更快地恢复社会功能和活力;对出院患者提供持续性的照顾,能够及时疏导患者的心理问题,让患者建立重返社会的信心。因此,将延续护理服务应用于膀胱全切原位回肠新膀胱术患者中,帮助患者重新燃起对生活的热爱,有利于患者心理社会功能的恢复。

总之,延续护理服务能够帮助膀胱全切原位回肠新膀胱术患者有效提高术后的自我护理能力,同时,有利于患者获得一个更好的生活质量。但是,将来还需要进行更大样本量,更长随访时间的研究,以进一步证实研究结果。

参考文献

- [1] Erber B, Schrader M, Miller K, et al. Morbidity and quality of Life in bladder cancer patients following cystectomy and urinary diversion: a single-institution comparison of ileal conduit versus orthotopic neobladder[J]. ISRN Urol, 2012, 2012: 342796.
- [2] 刘敏杰,叶赞,张兰凤. 基于内容分析法对延续性护理定 • 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.31.049

义的基本元素解析[J]. 护理学杂志, 2013, 28(3): 74-77.

- [3] Wong FK, Chau J, So C, et al. Cost-effectiveness of a health-social partnership transitional program for post-discharge medical patients[J]. BMC Health Serv Res, 2012, 12: 479.
- [4] Miyake H, Furukawa J, Takenaka A, et al. Experience with various types of orthotopic neobladder in Japanese men: long-term follow-up[J]. Urol Int, 2010, 84(1): 34-39.
- [5] Morganstern BA, Bochner B, Dalbagni GA, et al. The psychological context of quality of life: a psychometric analysis of a novel idiographic measure of bladder cancer patients' personal goals and concerns prior to surgery[J]. Health Qual Life Outcomes, 2011, 9: 10.
- [6] Stegemann A, Rehman S, Brewer K, et al. Short-term patient-reported quality of life after robot-assisted radical cystectomy using the convalescence and recovery evaluation[J]. Urology, 2012, 79(6): 1274-1279.
- [7] 李晴,周婷婷,李韬彧,等. 延续护理在腹膜透析治疗肾病综合征伴急性肾损伤患者中的应用[J]. 中华护理杂志, 2012, 47(2): 114-117.
- [8] 万崇华. 癌症患者生命质量测定与应用[M]. 北京: 科学出版社, 2007.
- [9] Buurman BM, Parlevliet JL, Van Deelen BA, et al. A randomised clinical trial on a comprehensive geriatric assessment and intensive home follow-up after hospital discharge: the Transitional Care Bridge [J]. BMC Health Serv Res, 2010, 10: 296.
- [10] Piraino E, Heckman G, Glenn C, et al. Transitional care programs: who is left behind? A systematic review[J]. Int J Integr Care, 2012, 12: e132.
- [11] 黄金月,周家仪,王少玲,等. 高级护理实践导论[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2012.

(收稿日期: 2015-07-07 修回日期: 2015-08-26)

银川市社区家庭访视护理现状的质性研究*

马楠楠, 刘国莲[△], 冯雪
(宁夏医科大学护理学院 750004)

[中图分类号] R473.2

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)31-4456-04

随着经济发展、人口老龄化、疾病谱改变及医疗费用上涨等诸多因素的影响,社会对初级卫生保健需求远远大于供给,社区护理也必然成为 21 世纪护理事业发展的重心^[1]。家庭访视是社区护理的基本服务形式之一,社区护理人员通过家庭访视,完成对社区健康人群及居家患者的预防保健、健康促进、护理照顾和康复护理工作^[2]。我国不同地区家庭访视的发展

并不平衡,西北地区发展相对缓慢^[3]。本研究旨在了解银川市社区家庭访视护理服务现状,分析目前存在的问题并提出建议,为促进家庭访视的进一步发展提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究采用目的抽样方法,于 2014 年 6~8 月选择银川市 4 个社区卫生服务站的 10 名医护人员,其中社

表 1 社区卫生服务站基本情况

编号	辖区内居委会数(n)	辖区服务人口(万)	社区面积(m ²)	在职人数(n)	社区医护比例	社区特色服务
1	4	2.11	517	7	1.0 : 2.5	老年慢性病诊治及康复指导
2	6	2.40	280	10	1.0 : 4.0	新生儿康复训练
3	3	2.23	123.2	9	1.0 : 3.5	慢性病综合康复(残疾人康复训练)
4	3	2.46	226	9	1.0 : 3.5	中医理疗康复

表 2 10 名受访社区医护人员基本资料

编号	性别	年龄(岁)	学历	职称	社区工作年限(年)	承担主要社区工作内容
A	女	35	本科	主管护师	13	社区管理、儿童计划免疫
B	女	54	大专	主管护师	22	妇女保健、预防接种
C	女	30	大专	护师	7	老年人健康管理
D	女	28	大专	护师	6	居民健康档案管理
E	女	29	本科	护师	5	儿童保健
F	女	43	大专	主管护师	14	社区管理
G	女	34	大专	主管护师	11	儿童保健、妇女保健
H	女	39	大专	主管护师	15	儿童保健、妇女保健、预防接种
I	男	45	本科	主治医师	19	慢性病管理
J	女	41	本科	副主任医师	13	社区管理、门诊患者接诊

区护士 8 名,社区医生 2 名作为研究对象。纳入标准:(1)有 5 年及以上的社区工作经验;(2)对社区家庭访视有较全面的认识和理解;(3)愿意参与本研究。研究样本量以资料信息达到饱和,不再有新信息出现为原则。4 个社区卫生服务站的一般情况见表 1,10 名受访社区医护人员的基本资料见表 2。

1.2 资料收集方法 以质性研究中的现象学研究方法为指导,采用面对面半结构、个体深入访谈的形式,最大程度收集相关资料。根据研究目的,查阅相关文献后制定访谈提纲,并对 3 名社区医护人员进行预访谈,以调整和完善提纲结构。经调整后,访谈提纲的内容为:(1)目前,社区家庭访视护理工作内容包括哪些?(2)目前,社区家庭访视具体开展情况如何(如人员配置、具体服务项目及内容、覆盖人群、具体流程、开展次数、档案管理情况等)?(3)目前,社区家庭访视护理工作在开展过程中存在什么困难?如何解决?(4)如果要进一步发展、改进社区家庭访视护理工作,应该采取哪些措施?有哪些建议?

访谈人员由 3 名在读硕士研究生组成,按照访谈提纲收集资料。访谈本着自愿、保密和方便的原则,在双方交谈方便,不受干扰的自然环境下进行。访谈前与访谈对象详细说明研究目的、意义、承诺对所有个人资料保密,为保证访谈资料的完整性和准确性,说明现场录音的必要性,征得其同意后进行访谈,每位访谈 20~30 min。

1.3 资料分析 首先反复听取录音,阅读记录,将录音资料在录音后 24 h 内整理成文本,对访谈资料的分析遵循 Claizzi 七步分析法^[4],具体分析步骤为:(1)仔细阅读所有访谈资料;(2)对有重要意义的陈述资料进行分析;(3)对反复出现的观点进行编码;(4)将编码后的观点汇集;(5)用文字进行详细、无遗漏的描述;(6)辨别资料中出现的相似观点;(7)返回受访者进行资料的解释、核对与求证。

2 结 果

2.1 家庭访视护理服务开展现状

2.1.1 家庭访视的对象和内容 受访者 A:“家庭访视服务对象包括孕产妇、新生儿、慢性病患者、高危人群、残疾人、重症精神病患者、临终患者等。”受访者 H:“银川市开展最成熟的是产后访视,针对慢性病、行动不便等患者开展家庭访视的社区较少。”受访者对产后访视最为了解,10 位受访者均表述“产后家庭访视的内容包括孕产妇和新生儿两部分,产妇方面包括测量生命体征、观察恶露和伤口情况、乳房护理和母乳喂养等的健康指导;新生儿方面包括测量生命体征、身长、体质量、皮下脂肪、观察有无黄疸、脐部感染、红臀等情况。”受访者 J:“慢性病患者家庭访视主要为其提供用药、运动、饮食、营养等健康指导;残疾人家庭访视主要为其提供康复指导;精神疾病患者的家庭访视主要为其提供用药及药物不良反应观察和预防指导;结核患者的家庭访视,主要针对活动期的结核病患者,为其提供抗结核治疗,以及家庭有效隔离的指导。”我国家庭访视护理服务内容要求虽然广泛,但提供的具体服务较单一。受访者 H:“家庭访视时,做得最多的就是健康评估并给予健康指导,有创或存在危险性的许多项目并未开展,如家庭输液是家庭访视基础护理服务项目之一,但静脉输液本身存在危险性,而医疗风险的分担问题并未得到解决,加之时间及人力因素的限制,导致家庭输液的搁置。”

2.1.2 健康档案管理 建立健康档案是开展家庭访视的基础,但社区家庭访视对象健康档案的管理仍然存在不足。受访者 D:“普通居民健康档案包括纸质和电子版两种,内容包括个人基本信息和健康体检两方面,家庭访视对象的档案由访视人员专门管理。”受访者 F:“家庭访视对象的档案要有随访服务记录表,不同的服务人群有相应的随访服务记录表,如产妇服务登记表、儿童保健手册、残疾人及精神疾病患者随访服务记

录表等。”受访者 C:“卫生局统一要求健康档案以家庭为单位进行管理,每个建档家庭都要签订家庭责任医生服务协议书。”受访者 E:“健康档案的管理不够系统,存在重档和漏档等问题,而且档案的利用率不够”。受访者 I:“居民健康档案网络管理平台有待进一步升级,使居民有渠道查看或反馈与自己健康问题相关的信息。”

2.1.3 家庭访视人员配置 社区卫生服务人力资源配置的公平性是实现人人享有卫生保健的关键^[5]。本研究的受访者所在的 4 个社区卫生服务站均存在人员配置不足的现象。受访者 A:“本社区有 7 个工作人员,每个人要承担多项工作。”受访者 B:“本社区的家庭访视工作由本人一人承担,同时还要帮助完成计划免疫、档案录入等工作。”受访者 J:“社区中的每项工作都要有人承担,如果 1 个人只负责家庭访视,一定会把工作做得很好,但事实上是每个人都身兼数职。”

2.1.4 “健康小屋”在家庭访视中的应用 目前,银川市共建立了 20 所“健康小屋”,包括身高、体质量、血压、血糖、骨密度、心肺功能、中医体质等 16 个项目的免费体检。受访者所在的 4 个社区卫生服务站中有 2 个建立了“健康小屋”。受访者 F:“社区居民都很喜欢健康小屋,来进行体检的居民也越来越多,无形中增强了居民对社区卫生服务的认识,对家庭访视起到一定的促进及宣传作用。”受访者 B:“每次访视时,都会告诉访视对象和家属,有时间就带上身份证来做个体检,通过体检可以完善健康档案的相关项目,如果检查结果有异常,可以及时给出合理的指导或建议。”

2.2 家庭访视护理服务存在的困难

2.2.1 联系和入户困难 家庭访视面临的最大难题是联系和入户困难。受访者 C:“很多居民不了解、不愿意接受家庭访视,防范意识很强。”受访者 E:“当告诉居民会有医护人员去进行家庭访视,要求其留下基本信息时,有些居民会留下错误的联系方式或家庭住址。”受访者 J:“访视人员的工作时间与上班族及学生等的时间冲突,经常联系不上他们或联系上却不在家,导致入户困难;离退休人员相对有这方面的需求,更容易联系。”受访者 B:“有些外来居民因风俗习惯,不允许医护人员进入家中进行访视。”受访者 H:“现在医护关系矛盾突出,居民对社区工作人员信任度不够,而且随着社区居民的收入水平不断升高,他们希望在高水平的大医院接受治疗,认为家庭访视不能达到治疗效果。”

2.2.2 社区软硬环境不能满足家庭访视护理服务需求 社区硬件环境包括医疗设备、建筑设施、环境布局等。受访者 J:“经常有居民问社区可不可以测血脂,能不能做 B 超,而社区没有相应的设备。”受访者 B:“部分访视对象,如残疾或重症精神疾病患者及其家属等认为,社区硬件设施配备及医护人员的服务水平不能满足他们的需求,转而求助其他医疗机构。”社区软环境,如社区工作人员的素质、责任心及对自身工作重要性的认识会直接影响社区卫生服务工作在居民心目中的印象。受访者 I:“社区中的部分人员没有认识到自己工作的重要性,有些居民认为社区工作人员服务态度不好,家庭访视服务效果也不会好。”受访者 C:“社区访视人员应该具有敬业精神和责任心。”

2.3 发展和改进家庭访视护理服务的建议

2.3.1 加大宣传力度 社区居民认识不足是阻碍家庭访视进一步发展的主要原因之一。受访者 A:“国家及上级部门应重视,通过新闻媒体大力宣传,让老百姓了解社区,了解家庭访视。”受访者 B:“国家要加大宣传力度,同时社区本身也要利用

一切资源和方法宣传家庭访视的优越性,比如主动与上级医院联系、与患者家属联系、向社区居民了解等。”受访者 H:“家庭访视的宣传不仅要依靠社区自体,还应该与其他部门联动,比如政府、卫生行政部门等。政府可以利用媒体等渠道,大力宣传社区家庭访视相关知识和信息。卫生行政部门、医疗卫生机构可以鼓励有需求的患者到相应的社区卫生服务机构寻求家庭访视护理服务帮助。”

2.3.2 加强家庭访视护理服务管理,完善双向转诊制度 受访者 A:“银川市应该先建立社区卫生服务中心,再逐步建立社区卫生服务站,由前者指导后者,并逐步明确各服务中心(站)的管辖范围。”受访者 I:“建议卫生局为家庭访视人员配备统一服饰和胸牌,联合居委会做好宣传工作,提高在居民中的信任度。”卫生部门应逐步完善双向转诊标准和规范,制定双向转诊流程,引导和组织社区卫生服务机构与二、三级综合性医疗卫生机构建立稳定的业务合作关系^[6]。受访者 J:“社区向上级医院转诊的工作做得较好,但上级医院向社区的转诊存在一定困难,上级医院要重视家庭访视的衔接工作。”受访者 B:“工作中发现上级医院提供的联系方式或地址信息错误,希望上级医院能够做好信息的采集及录入工作,并做好前期宣传,这样更利于向社区转诊后工作的开展。”

3 讨 论

3.1 完善家庭访视护理服务管理体系 相关部门应逐步建立家庭访视护理服务监督和评价体系。首先,国家及相关部门应制定家庭访视护理工作的行业标准,推行职业认证制度,做到持证上岗,严格考核,定期评估;其次,以法规的形式确认家庭访视过程中各方的责任、权利和义务,规范行业行为,使社区居民体会到家庭访视护理服务“便利和经济”的优势^[7];最后,多进行交流与学习,我国各地区家庭访视发展并不平衡,银川市发展相对落后,可以到发展较快的城市学习借鉴好的管理体系或方法。

3.2 加强家庭访视服务团队建设 社区卫生服务团队是实施和执行社区卫生服务的最基层机构,是影响服务数量、质量和效果的核心要素^[8-9]。社区所属医院可通过增加工资待遇或福利等方法吸引求职人员,同时减少在职人员的流失,逐步建立专业的家庭访视服务团队,为家庭访视服务对象提供更专业、更全面的医疗卫生服务^[10]。首先,应重视全科医生的转型问题,加强现有社区医疗人员的学历培养、岗位培训和继续教育;其次,要加快社区家庭访视护士培养的步伐,提高社区家庭访视护士专业素质和护理技能水平;最后,还应该配备相应的康复医生及公共营养师等。

近年来,银川市社区卫生服务中心(站)逐步建立,家庭访视护理服务也有了一定程度发展,但在具体实施过程中还存在许多困难,需要各政府部门协调解决。随着社会的发展及医疗卫生改革的深入,社区家庭访视护理服务也应紧跟社会经济发展和老龄化进程加快的步伐进行科学调整,使其在整体服务水平及管理上体现科学化、系统化、制度化、规范化,访视模式体现多样化,访视内容体现个性化,使家庭访视这项工作更容易被人们接受,实现更大的社会价值。

参考文献

- [1] 邓静,周颖清.重庆市社区护理工作现状调查研究[J].重庆医科大学学报,2008,33(6):760-764.
- [2] 邵爱和陈国伶.家庭访视护理存在的问题及对策[J].护士进修杂志,2003,18(4):344-345.

- [3] 刘国莲, 宁艳花, 杨书萍, 等. 银川市社区家庭访视护理需求与服务现状调查分析[J]. 中国实用护理杂志, 2011, 27(2): 1-3.
- [4] 辛琼林, 李玉玲. 质性研究资料分析方法应用的调查[J]. 中国护理管理, 2007, 7(10): 16-18.
- [5] 沈沁, 杨珺, 黄亚芳, 等. 北京市社区卫生服务机构卫生人力资源现状研究[J]. 中国全科医学, 2009, 12(23): 2169-2172.
- [6] 李晓波, 顾健, 仇华, 等. 社区慢性病管理过程中双向转诊的促进措施[J]. 中国卫生事业管理, 2013(8): 566-567.
- [7] 葛一音. 国内外家庭护理现状及分析[J]. 护士进修杂志, 2011, 26(18): 1704-1706.
- [8] 王芳, 朱晓丽, 丁雪. 我国基层卫生人力资源配置现状及公平性分析[J]. 中国卫生事业管理, 2012, 29(2): 108-110.
- [9] 钟宁, 吴克明, 刘德安. 建立全科服务团队社区卫生服务评价指标体系的构想[J]. 中国全科医学, 2010, 13(28): 3233-3234.
- [10] 岳延棉, 朱丽萍. 国内产后家庭访视服务现状[J]. 中国妇幼保健, 2011, 26(31): 4951-4952.
- (收稿日期: 2015-07-12 修回日期: 2015-08-02)
- 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.31.050

舒适护理模式实施优质护理在内镜下逆行胰胆管造影术患者中的应用

米娜, 李洪艳, 禹艳, 杨玉芳, 覃梅, 魏玲玲

(第三军医大学新桥医院肝胆外科, 重庆 400037)

[中图分类号] R473

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)31-4459-03

随着医学模式转变、社会发展,以及新技术的应用,肝胆系统疾病的护理模式也相应的发生着变化。接受内镜下逆行胰胆管造影(ERCP)术和内镜乳头括约肌切开术(EST)治疗的患者,由于 ERCP 开展时间较短,对该项新技术的治疗手段、手术效果、术后并发症的发生及术后护理的不了解,导致产生对治疗的恐惧,对手术效果、术后并发症发生情况等的担心,影响患者对治疗的配合^[1-2]。而良好心理状态能充分调动人的内在康复能力,增强机体的免疫力^[3]。因此适合此类患者的优质护理服务就显得尤为重要,如何护理接受 ERCP 或 EST 治疗的患者,满足患者的需求是目前护理工作的研究热点。舒适护理模式是 1998 年由台湾萧丰富先生提出,又称“萧氏双 C 护理模式”,是一种整体的、个体化的、有效的创新型的护理模式,已广泛用于临床并取得了不错的效果^[1]。目前,将舒适护理模式用于行 ERCP 和 EST 的患者研究报道甚少,还处于探索阶段。因此作者将舒适护理模式应用于行 ERCP 和 EST 患者,通过统计学分析探讨对患者的作用效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究采纳了本科室 2013 年 1 月至 2013 年 12 月行 ERCP 和 EST 术的 400 例患者,将 400 例患者分组为观察组和对照组,每组 200 例。对患者的年龄层次、性别、职业、受教育程度、婚姻状况、家庭收入等进行了统计分析,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 护理干预方法 观察组按照已建立的舒适护理模式及护理规程,从有效治疗、环境舒适、心理舒适、身体舒适、家属满意、配合医技等方面进行人性化、整体化、系统化、程序化的优质护理。对照组进行常规护理,遵医嘱给予患者服药、输液等治疗。

1.2.1 营造舒适环境 (1)着力营造整洁、舒适且安静的住院环境,每天至少 3 次定时开窗通风,调节温度、湿度。避免噪音,严禁在病房内大声喧哗;(2)患者住院后护士热情接待,耐心介绍住院环境、管理制度、主治医生、责任护士等,以消除患者陌生感;(3)将轻重患者、男女患者分开,无关人员限制出入,

并悬挂家属探视制度。(4)对待患者一视同仁,做好护患沟通,建立并维护良好和谐的护患关系。

1.2.2 术前舒适护理 (1)护士在术前做好患者及家属宣教及沟通工作,向患者详细说明 ERCP 术的方式特点,过程中可能出现的不适等,使患者了解检查治疗的必要性并对可能发生的情况做好心理准备,以保持术前和术中良好的心理状态;(2)术前给予患者心理支持及必要的疏导,认真听取患者的问题,并给予正确的引导和解释。

1.2.3 术中舒适护理 操作前向患者讲解操作的目的、意义及必要性,协助患者摆好体位,在不影响操作的前提下,尽量保护患者隐私。连接心电监护仪,术中密切观察患者生命体征变化,配合医生操作同时,用亲切语言安慰患者并指导患者配合医生进行治疗,尽量缩短操作时间^[4-6]。

1.2.4 术后舒适护理 (1)病情观察:确保患者术后卧床休息,密切观察患者的意识、面色、体温,监测血压、心率,必要时予以心电监护;同时注意观察患者有无剧烈腹痛、腹胀、恶心、呕吐、发热等症状;2 h 准确留取标本测定血尿淀粉酶、血常规等,及时发现异常情况,通知医生处理。(2)饮食护理:遵医嘱术后禁食、禁饮 24 h,以免引起胰腺分泌增加从而引发胰腺炎。待血淀粉酶结果正常后,可由清淡饮食逐步过渡到低脂流食,再到低脂半流食,要求少量多餐。(3)鼻胆管护理:对患者及家属进行管道维护指导,说明鼻胆管的重要性及必要性。加强鼻胆管的管理,采用双重固定法固定,防止脱落,保持通畅,并详细记录引流液的量、颜色、形状并做好口、鼻腔的护理^[7]。(4)并发症的观察:ERCP 术后并发症常见的有急性胰腺炎、化脓性胆管炎、出血、穿孔、一过性血淀粉酶升高等,其中以急性胰腺炎最常见。主要与手术中胰管直接损伤及胰管内压力升高有关,而后者主要由于十二指肠乳头切开结石嵌顿、乳头水肿、出血后血凝块阻塞所致^[8]。

1.3 观察方法 采用询问法收集整理患者主诉,家属主诉症状,并进行临床研究、分析、填写评估表等进行资料收集及分析。评估表采用自制表格,制定专人负责填写,表格内容包括