

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.12.050

术后疼痛管理循证实践的现状水平及影响因素研究*

王依贵¹, 方利¹, 龚敏¹, 陶春花¹, 李帆¹, 胡娅琴¹, 杨贵军¹, 高明华¹, 夏莘^{2△}

(重庆市第三人民医院:1.耳鼻咽喉头颈外科;2.过敏反应科 400014)

[中图分类号] R473

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2016)12-1724-03

疼痛已被护理人员作为除体温、脉搏、呼吸和血压以外的“第五个生命体征”来评估与处理^[1]。然而目前的医学教育中,护士在校学习阶段对疼痛知识的学习几乎为零,在职期间疼痛管理知识相关培训又少之又少^[2-4]。手术相关科室护士是否采取术后疼痛管理循证实践(evidence-based pain management practice,EBPMP)关乎患者的术后恢复和疼痛管理整体质量^[5-6]。本次研究将探讨手术相关科室护士对 EBPMP 的现状,并研究其影响因素,为手术相关科室护士进行更为有效的术后疼痛管理、提高手术患者术后生活质量,改善护患关系,提高手术患者满意度,减少术后并发症的发生提供理论依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究引用的中文版卡尔森循证式疼痛管理先决条件量表(the Chinese version-Carlson's EBPMP prior conditions instrument,C-CPCIs)共有 30 个条目,根据国际问卷设计原则,样本数量应为调查条目的 5~10 倍。结合考虑到资料收集过程中的无效问卷问题,故本研究取条目总数的 10 倍计算,最后确定样本例数为 300 例。本研究在重庆市选择两所三甲医院,根据相关科室实际人数及研究对象的纳入排除标准,在每个医院随机抽调 150 名手术相关科室护理人员共 300 名作为研究对象。

1.2 方法 本研究采用 C-CPCIs^[7]及研究者自行设计的一份一般资料调查表。由研究者通过电话或 QQ 征得相应科室护士长同意后,并由护士长现场协助发放调查表,调查对象独立完成问卷后当场统一回收。研究者采用数字标号的无记名方式对问卷进行标注,并对所收集的资料进行保密。

1.3 统计学处理 采用 SPSS18.0 软件对数据进行录入和分析,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 *t* 检验和逐步多元线性回归分析手术相关科室护士的 EBPMP 现状及影响因素。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般情况 本研究共发放问卷 300 份,回收有效问卷 292 份,有效回收率为 97.33%。研究对象在 8 个不同手术相关科室产生,其中麻醉科 44 人、眼耳鼻喉科 50 人、普外科 40 人、泌尿外科 40 人、心胸外科 35 人、颅脑外科 36 人、骨伤外科 42 人、过敏反应科 5 人,以 21~30 岁者为主(105 人,35.96%),其次为 31~40 岁(92 人,31.51%),工作年限以 11~15 年(90 人,30.82%)和 16~20 年(88 人,30.14%)为主;拥有本科学历者 133 人(45.55%),大专学历者 105 人(35.96%),中专学历者 47 人(16.09%),硕士及以上学历者 7 人(2.40%)。研究对象中女性 258 人(88.36%),男性 34 人(11.64%);正式编制护士 168 人(57.53%)及合同护士 124 人(42.47%),其中,护士长 13 人(4.45%),护士 279 人(95.55%);中级及以下职称者 264 人(90.41%),高级职称者 28 人(9.59%)。工作后接受疼痛知识继续教育小于 1 年 1 次者 108 人(36.99%),1~2 年 1 次者 101 人(34.59%),其余为 2 年以上 1 次者及没有接受过疼痛知识继续教育者,人数分别为 49 人(16.78%)及 34 人(11.64%);其中,接受过疼痛知识继续教育者的 258 人中,以参加医院的继续教育者最多,有 163 人(63.18%),其次为从学术期刊上学习获得者 68 人(26.36%),只有少部分(27 人,10.46%)参加专门的学习班培训。

表 1 影响 EBPMP 水平的因素及赋值

因数	变量	赋值说明
科室	X1	麻醉科手术室=1,眼耳鼻喉科=2,普外科=3,泌尿外科=4,心胸外科=5,颅脑外科=6,骨伤外科=7,过敏反应科=8
性别	X2	女=1,男=2
年龄(岁)	X3	<20=1,21~30=2,31~40=3,>40=4
工作年限(年)	X4	<5=1,6~10=2,11~15=3,16~20=4,>20=5
工作编制	X5	正式编制护士=1,合同护士=2
职称	X6	初级=1,中级=2,高级=3
职务	X7	护士=1,护士长=2
学历	X8	中专=1,大专=2,本科=3,硕士及以上=4
工作后是否接受疼痛知识继续教育	X9	否=1,<1年1次=2,1~2年1次=3,>2年1次=4
疼痛知识获取情况	X10	从学术期刊上获取=1,参加医院的继续教育获取=2,参加独立的学习班培训获取=3,未学习=4
C-CPCIs 总分	Y	实测值

2.2 C-CPCIs 得分情况 本次研究中 C-CPCIs 总分为 (3.22±0.33)分,4 个分量表既往实践分量表、疼痛需求/问题

* 基金项目:重庆市卫生局科研基金资助项目(2012-2-225);重庆市第三人民医院育苗基金项目(2014-12)。 作者简介:王依贵(1976-),副主任护师,本科,主要从事手术室护理工作。 △ 通讯作者,E-mail:345680836@qq.com。

分量表、创新精神分量表、工作规范分量表得分分别为(3.42±0.75)分、(2.83±0.48)分、(2.75±0.33)分、(3.28±0.60)分。其中,条目 21“如果有研究证明某一新做法有效时,我会尝试去做”、条目 6“在完成疼痛评估后,我会询问患者是否需要采取镇痛措施”、条目 14“我的同事会低估患者疼痛的严重性”、条目 18“除了在我工作的科室,我还跟其他护士交流或者合作”、条目 13“疼痛不能充分、适当的缓解很常见”是得分最低的前 5 项,分别为(1.98±1.00)分、(2.29±1.14)分、(2.57±0.97)分、(2.56±0.84)分、(2.60±0.71)分。

2.3 影响手术相关科室护士 EBPMP 水平的多因素分析 将一般情况中的 10 个因素作为自变量,C-CPCIs 为因变量并进行赋值(表 1)。经过回归分析对自变量逐步剔除,有 5 项因素入选,表明这些因素对手术相关科室护士 EBPMP 水平有显著性影响。这 5 项因素是科室、工作年限、学历、工作后是否有接受疼痛知识继续教育、疼痛知识获取情况,最终进入逐步回归方程,该方程差异有统计学意义($P=0.000$),见表 2。

表 2 影响因素的逐步多元线性回归分析

入选变量	偏回归系数	SD	β	t	P
X1	0.187	0.053	0.356	4.108	0.000
X4	0.154	0.066	0.138	2.622	0.023
X8	0.165	0.077	0.141	2.974	0.014
X9	0.150	0.041	0.187	4.532	0.000
X10	0.032	0.012	0.133	2.531	0.038

3 讨 论

循证护理(evidence based nursing, EBN)是护理人员在护理实践中,以证据为基础,将科研证据与某一患者实际情况相结合,最终作出临床决策的过程^[8]。EBN 是遵循证据进行的护理,是在循证医学基础上产生的护理观念^[9]。对于手术相关科室护士,患者术后疼痛的循证护理与实践已成为研究热点之一。来自国内外的研究^[10-11]均表明,对于术后疼痛管理的有效策略的应用效果普遍存在不完善的现象,且患者术后镇痛的方法和措施的应用效果并不理想,患者术后都承受着不同程度疼痛。所以对于手术相关科室医护人员来说,患者术后疼痛管理的研究已成为必然趋势。

目前,医院的疼痛管理模式已从单独以麻醉医生为主体、医护合作的模式转向以护士为主体的模式,护士被视作疼痛管理的基石^[12]。在我国,护士只是被动的执行医生的医嘱,向医生反应患者的病情变化和患者的疼痛状况^[2]。但也有研究表明,护士是疼痛的主要评估者,止痛措施的具体落实者,是其他专业人员的协助者,同时也是患者家属的教育者和指导者^[13]。疼痛是患者的主观感受的反应,疼痛的评估不仅包括患者的术前疼痛病史,还包括患者一般心理状态、对疼痛的耐受程度,以及疼痛的性质、持续时间、疼痛的程度等。所以,护士在患者疼痛管理中地位越来越受到重视。

本次研究中 C-CPCIs 总分为(3.22±0.33)分,依照 Likert 5 级评分法,位于 2.50~3.49 之间,说明该前提条件“可能促进也可能阻碍”EBPMP 的发展。其中,条目 21、6、14、18、13 是得分最低的前 5 项。由此可推出,有针对性地开展疼痛管理培训是提高护士疼痛管理的有效手段。增加询证护理及疼痛知识的相关理论培训,充分调动护理人员的开拓创新精神,提高护理人员对疼痛管理及疼痛的认识,开展科室间的有效沟通与协作,将为患者术后疼痛管理带来更大的推进作用。

本研究中,科室、工作年限、学历、工作后是否有接受疼痛知识继续教育、疼痛知识获取情况是影响 EBPMP 的 5 个主要因素。这与国内外的很多研究^[14-16]结果有相似之处:工作后

是否接受过疼痛管理知识教育是影响护士术后疼痛管理水平的主要因素。因此,不同科室理念及科室文化,护理人员的工作时间长短,学历的高低,工作环境中是否有学习氛围和平台,必将影响护士的术后疼痛管理水平,影响手术患者的术后疼痛管理及生活质量。

本资料显示,年龄、性别、工作编制、职称、职务 5 种因素在多因素逐步回归分析中被逐步剔除,显示其对 EBPMP 无影响作用。由此推论出:无论男、女,年龄大小,职称、职务高低,在编非编人员对 EBPMP 均无多大影响。

综上所述,本市护理人员的 EBPMP 水平还有待加强,科室、工作年限、学历、工作后是否有接受疼痛知识继续教育、疼痛知识获取情况是影响 EBPMP 的 5 个主要因素。建立一个系统而完善的疼痛评估体系和团队,搭建专业的学习平台,组织护理专家团队,依据 EBN 及疼痛知识的系统理论知识,加强相关培训,才能为患者术后疼痛管理提供理论支持,促进手术相关科室护理质量的持续改进,促进医院疼痛管理的稳步快速发展。

参考文献

- [1] Mccaffery M, Pasero CL. Pain ratings: the fifth vital sign [J]. Am J Nurs, 1997, 97(2): 15-16.
- [2] 赵继军. 护士在疼痛管理中的地位与作用[J]. 解放军医院管理杂志, 2005, 12(2): 188-188.
- [3] 周玲君, 崔静, 刘梦婕, 等. 疼痛专科护士培训实践[J]. 护理学杂志, 2010, 25(16): 75-76.
- [4] 陈素娟, 冯金娥. 本科实习护生疼痛管理知识认知现状调查[J]. 护理学报, 2009, 16(12): 12-14.
- [5] Carlson CL. Use of three evidence-based postoperative pain assessment practices by registered nurses [J]. Pain Manag Nurs, 2009, 10(4): 174-187.
- [6] 曹爱芝. 循证护理模式对改善外科患者生存质量的效果观察[J]. 中国实用护理杂志, 2011, 27(26): 9-10.
- [7] 叶赞, 张兰凤. 护士实施术后疼痛管理循证实践先决条件问卷中文版修订[J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28(33): 55-57.
- [8] 侯秀珍. 循证护理在预防乳腺癌改良根治术后并发症中的应用[J]. 中国实用护理杂志, 2011, 27(22): 24-25.
- [9] Bonell C. Evidence-based nursing: a stereotyped view of quantitative and experimental research could work against professional autonomy and authority [J]. J Adv Nurs, 1999, 30(1): 18-23.
- [10] 魏健, 张娇花, 周玉娇. 新型疼痛管理模式对 PPH 术后疼痛的护理效果分析[J]. 实用医学杂志, 2013, 29(16): 2744-2745.
- [11] Hajj A, Peoc'h K, Laplanche JL, et al. Genotyping test with clinical factors: better management of acute postoperative pain? [J]. Int J Mol Sci, 2015, 16(3): 6298-6311.
- [12] Mccaffery M, Robinson ES. Your patient is in pain—here's how you respond [J]. Nursing, 2002, 32(10): 36-47.
- [13] 张惠萍. 护士在疼痛诊疗中的作用[J]. 全科护理, 2009, 7(15): 1377-1378.
- [14] Lui LY, So WK, Fong DY. Knowledge and attitudes regarding pain management among nurses in Hong Kong medical units [J]. J Clin Nurs, 2008, 17(15): 2014-2021.
- [15] Alqahtani M, Jones LK. Quantitative study of oncology nurses' knowledge and attitudes towards pain manage-

ment in Saudi Arabian hospitals[J]. Eur J Oncol Nurs, 2015, 19(1): 44-49.

324.

- [16] 李漓, 刘要伟. ICU 护士对危重患者疼痛护理相关知识与实践现状的分析[J]. 中华护理杂志, 2014, 49(3): 322-324. doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.12.051

(收稿日期: 2015-12-02 修回日期: 2016-01-22)

3 种护理模式在口腔门诊中应用对医患的影响^{*}

刘 锐, 孟凡利, 苏哲君, 霍 峰[△]

(承德医学院附属医院口腔科, 河北承德 067000)

[中图分类号] R473.78

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2016)12-1726-02

以往对于在儿童牙病诊治的常规医护配合过程中, 医生不断重复简单琐碎的工作, 护士只能被动的执行医嘱, 医生和护士不能有效和患儿沟通, 影响了患儿治疗效果, 使得医生身心疲惫, 甚至容易造成医患矛盾。目前较先进的护理模式有四手操作和六手操作。本设计的改良六手操作是六手操作护士进行常规工作同时, 将心理干预措施应用于患儿治疗全过程中, 取得较满意效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选用 2012 年 6 月至 2012 年 12 月就诊的龋病患儿。(1)纳入标准: 首次在承德医学院附属医院口腔儿童牙病科就诊的 7~12 岁患儿, 确诊为中龋或深龋需行龋洞充填术, 获患儿及家属知情同意配合。(2)排除标准: 患有浅龋; 拒绝合作和不能配合的患儿及家属; 除患有龋病外有其他全身性疾病、精神疾病或遗传病者。将 120 例患儿分为第 1 组(改良六手操作)、第 2 组(四手操作)和第 3 组(常规操作)各 40 例。女 64 例, 男 56 例。3 组患儿年龄($F=0.318, P=0.728$), 性别($\chi^2=0.871, P=0.647$), 龋病分型($\chi^2=0.519, P=0.772$)的差异无统计学意义, 具有可比性。

1.2 方法 (1)入组医护人员: 具备熟练掌握龋洞充填术的儿童牙病科医师 2 名, 具有护士资格的儿童牙病科护士 4 名, 护士按照《四手操作工作手册》和《六手操作工作手册》^[1] 的流程进行专业培训。其中 2 名巡回护士要经过实施心理干预的培训。(2)护理配合模式: 常规操作是在工作中 1 名护士配合 2 名医生, 护士的职责仅是准备物品, 调拌材料, 清洗回收器械, 医生的职责仅是操作。四手操作是 1 名护士配合 1 名医生均为坐位同时工作, 护士不但负责为医师传递各种器械、材料及其他用品, 还与患儿进行简单交流。改良六手操作是 1 名护士配合 1 名医生进行坐位工作同时, 外加 1 名巡回护士将心理干预实施于患儿治疗全过程, 来协助共同完成口腔治疗。(3)实施心理干预: 患儿治疗前首先对家属实施宣教指导。近距离与患儿沟通成为朋友, 认真倾听并帮助疏导患儿的想法和感受。帮助患儿熟悉环境和使用的器械。指导患儿掌握停止操作的手势, 使用语言和玩具为患儿增强治疗的信心和勇气。治疗中播放儿童背景音乐, 采用讲-示-做措施进行治疗。温柔抚摸患儿的手臂, 用亲切语言聊其感兴趣的事转移注意力。及时给予鼓励表扬, 出现不合作情绪适时休息。对于积极配合的家长可在椅旁陪伴。在治疗后及时给予患儿肯定和表扬, 让家长拥抱他们并鼓励其更好地进行以后的治疗。进一步对患儿及家长作口腔健康宣教, 同时告知充填牙齿如有不适及时复诊。

1.3 观察指标 (1)医生实际操作时间: 分别记录各组医生的

实际操作时间。(2)患儿配合程度: 各组记录操作中医生对患儿的指令数和患儿对医生的应答数, 以操作全程医生对患儿所有指令为总数, 计算患儿的每次应答数。(3)医患满意程度: 由不参与试验的护士采用三盲法, 在治疗结束后对每位患儿、家属、医生进行满意度问卷调查。

1.4 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计软件进行统计分析, 计量资料正态分布采用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 各组间均数比较采用方差分析, 组间两两比较采用 SNK- q 检验; 计数资料用率表示, 率的比较采用四格表 χ^2 检验; 等级资料的比较采用秩和检验。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 3 组医生操作时间比较 通过单因素方差分析, 3 组间差别有统计学意义; 经 SNK 法两两比较, 第 1、2 组较第 3 组差异有统计学意义($P<0.05$), 而第 1 组和第 2 组之间差异无统计学意义($P>0.05$), 见表 1。

表 1 3 组医生操作时间比较

组别	<i>n</i>	$\bar{x} \pm s$	<i>F</i>	<i>P</i>
第 1 组	40	19.16 ± 1.77	170.94	0.000
第 2 组	40	19.93 ± 1.76		
第 3 组	40	26.44 ± 2.23		

2.2 3 组患儿配合程度比较 通过单因素方差分析, 3 组间差异有统计学意义; 经 SNK 法两两比较, 第 1、2 组较第 3 组差异有统计学意义($P<0.05$), 第 1 组较第 2 组差异有统计学意义($P<0.05$), 见表 2。

表 2 3 组患儿配合程度比较

组别	<i>n</i>	$\bar{x} \pm s$	<i>F</i>	<i>P</i>
第 1 组	40	0.77 ± 0.13	88.07	0.00
第 2 组	40	0.56 ± 0.10		
第 3 组	40	0.34 ± 0.19		

表 3 3 组患儿满意程度比较(*n*)

满意程度	第 1 组	第 2 组	第 3 组	<i>H</i>	<i>P</i>
非常满意	8	0	0		
满意	24	0	0		
基本满意	8	6	2		
不满意	0	34	38		
合计	40	40	40	98.94	0.000

2.3 3 组患儿、家属、医生满意程度比较 3 组间患儿、家属、

* 基金项目: 承德市科学技术研究与发展计划项目(20142037)。

[△] 通讯作者, E-mail: liurui1977001206@163.com。

作者简介: 刘锐(1977—), 硕士, 副主任护师, 主要从事口腔方面的研究。