

多元化术前访视模式在手术室择期手术患者中的应用研究

秦淑玉, 唐 佳, 李冬雪[△]

(重庆医科大学附属第二医院手术室, 重庆 400010)

[中图分类号] R612

[文献标识码] A

[文章编号] 1671-8348(2017)14-2008-03

国际手术室护士协会(AORN)规定,术前访视是手术室护士的重要职责,是整体护理向纵向发展的重要标志^[1]。成功的术前访视对减轻患者心理应激反应、减少并发症、促进患者遵医行为等方面发挥重要作用,为手术和麻醉的安全实施提供重要保证^[2]。研究表明,术前访视现状不容乐观,由于手术室护士人力缺乏、知识缺乏等原因^[3],普遍存在重视程度不够、术前访视率低,访视内容缺乏针对性,访视形式单一等问题^[4],严重削弱术前访视的效果。多元化术前访视是根据访视内容及特点,结合受访者的个体需求,反映在访视人员、访视内容、访视形式上的多元参与的一体化访视模式,尽最大可能向受访者传递全面、专业的术前信息支持和规范化指导,以提高患者的认知水平和应对水平。本研究将多元化访视模式应用于手术室择期手术患者中,取得良好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 1 至 6 月在本院行择期手术的 526 例患者作为研究对象。纳入标准:意识清楚,思维清晰,交流沟通能力正常,患者或家属具有使用智能手机的能力。将 2016 年 1 至 3 月的 263 例患者作为对照组,4 至 6 月的 263 例患者作为观察组。两组患者性别、年龄、文化程度、麻醉方式、手术科室、疾病类型等一般资料比较差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。患者均知情同意。

1.2 方法

1.2.1 对照组 实施传统术前访视模式。每台手术巡回护士术前 1 d 下午携带科内自行设计的“手术患者术前访视单”“致手术患者的一封信”完成患者的术前访视工作。访视内容:术前评估;术前准备知识宣教;手术室环境、麻醉及手术相关知识介绍;心理护理。访视结束发放宣教资料并嘱患者及家属认真阅读。

1.2.2 观察组 通过成立术前访视团队,确立多元化访视内容,在传统口头讲解、宣教资料的基础上借助手机短信和微信公众平台等多种访视方式。

1.2.2.1 多元化访视人员 成立术前访视团队,包括手术室专职访视护士及麻醉医生、病房宣教护士及宣教医生。团队成员的选拔条件为:科室工作 5 年以上,护师(或主治医师)以上职称,专业知识扎实,沟通能力强。团队成员统一进行规范化培训,包括术前访视流程、内容,患者心理,沟通技巧,法律知识等,以提高术前访视的标准化。

1.2.2.2 多元化访视内容 参照张颖等^[5]研究制订标准,病房宣教护士负责术前准备知识和术后健康教育。手术室专职访视护士负责术前评估和术前宣教,包括详细介绍手术室环境、手术流程、术中不适及应对,心理支持。麻醉医生负责麻醉信息和术后镇痛知识。病房宣教医生负责疾病与手术方案相关信息,其访视内容的确立以其专业优势为出发点^[6]。

1.2.2.3 多元化访视形式 在传统访视形式的基础上,融入

短信平台和微信公众平台。(1)短信平台:手术室将患者手术时间、术前准备内容编辑成短信,形成固定的“开台手术模块”“接台手术模块”,联合医务处、护理部、信息网络科、入院处利用电脑编程,向使用联通、移动、电信手机的择期手术患者发送短信。由专职访视护士每天下午 14 点通过电脑操作统一将访视信息发送到次日择期手术患者的手机上。(2)微信公众平台:建立手术室微信公众号,设置“手术须知”“专科手术知识”“关于我们”三大版块。各版块均通过视频、音频、文字、图片相结合的方式介绍。“手术须知”重点展示的是手术宣教部分,详细介绍手术室的具体位置与室内温度、仪器设备的主要功能,手术团队人员组成,出入手术室流程,手术室内各项操作及配合,术中留置各种导管的作用等。“专科手术知识”包括疾病知识、手术过程、专科手术术前准备内容等。“关于我们”展示手术室医护团队。专职护士完成床旁访视后,指导患者或家属关注手术室微信公众平台及如何从微信平台获取相关信息。

1.3 评价指标和评价方法

1.3.1 手术患者术前知识需求满足度 参考杨霞等^[7]相关研究成果,结合本研究特点,建立包含术前准备信息、手术室环境信息、手术流程信息、手术安全信息、麻醉相关信息、心理支持信息、术后康复信息为评价指标的手术患者术前知识需求满足度评价量表。采用 Likert 5 级评分法,设完全不满足、不满足、基本满足、满足、非常满足 5 个等级,分别计 1~5 分,总分 7~35 分,分值越高表明手术患者术前知识需求满足度越高。手术患者入室后接受麻醉前由调查员向其发放填写。调查表发放 526 份,回收 526 份,有效回收率 100%。

1.3.2 患者术前自身准备完善率 参考廖敏等^[8]相关研究成果,评价内容有禁食禁饮、更衣、排空大小便、不携带私人物品 4 项,4 项均准备合格评价为术前自身准备完善,1 项或 1 项以上未准备或准备不合格评价为术前自身准备不完善。由负责接患者的手术室护士评价。

1.3.3 手术患者焦虑评分 采用 Zung 的焦虑自评量表(SAS),由调查人员在访视前和入手术室后 30 min 各评定 1 次^[9]。调查人员由专门从事本研究的手术室护士担任,向患者逐条解释并嘱其选择合适选项,调查人员代其填写。SAS 共 20 条项目,采用 4 级评分,把各条相加得粗分,粗分乘以 1.25 取整数即得到标准分。50 分为焦虑评定的分界值,分值越高,患者焦虑的趋势越明显^[9]。

1.4 统计学处理 采用 SAS9.13 软件进行统计分析,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验或 Wilcoxon 秩和检验;计数资料用率表示,组间采用 χ^2 检验或 Wilcoxon 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 两组手术患者术前知识需求满足度比较 观察组患者术

前知识需求满足度明显高于对照组,比较差异有统计学意义($P < 0.01$),见表 1。

2.2 两组患者术前自身准备完善率比较 对照组患者术前自身准备完善率为 73.38%(193/263),观察组患者术前自身准备完善率为 94.68%(249/263),两组比较差异有统计学意义($\chi^2 = 44.43, P < 0.01$)。

表 1 两组手术患者术前知识需求满足度比较($\bar{x} \pm s$,分)

项目	对照组(n=263)	观察组(n=263)	t/Z	P
术前准备信息	4.27±0.52	4.92±0.27	14.50	<0.01
手术室环境信息	3.52±0.95	4.68±0.57	14.06	<0.01
手术流程信息	3.25±0.93	4.45±0.69	13.54	<0.01
手术安全信息	3.13±0.66	3.68±0.47	9.67	<0.01
麻醉相关信息	3.04±0.67	3.78±0.73	12.08	<0.01
心理支持信息	3.17±0.68	3.78±0.41	10.97	<0.01
术后康复信息	2.81±0.77	4.01±0.77	17.87	<0.01
总分	23.19±4.53	29.30±2.82	14.44	<0.01

2.3 两组患者访视前后 SAS 评分比较 两组患者访视前 SAS 评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$);访视后,两组 SAS 评分均有下降,观察组下降优于对照组,比较差异有统计学意义($P < 0.01$),见表 2。

表 2 两组患者访视前后 SAS 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	访视前	访视后	t/Z	P
对照组	263	52.96±6.95	50.08±5.06	7.56	<0.01
观察组	263	53.38±7.12	45.16±6.70	22.95	<0.01
t		0.68	9.49		
P		0.50	<0.01		

3 讨 论

术前访视作为择期手术的重要流程,有利于对患者作出全面评估,完善术前准备,提高手术疗效。但术前访视效果受多种因素影响,访视人员、访视形式与其密切相关。传统术前访视由巡回护士担任,但受学历层次、表达能力、专业领域等因素影响,访视时缩短流程、精简内容、流于形式的现象时有发生,不能完全满足患者的需求。本研究显示,观察组术前知识需求满足度明显高于对照组($P < 0.01$)。因为多元化术前访视涵盖多种专业人员,根据专业优势明确访视内容,更利于向患者提供全面、细致、深入的术前信息支持。同时,访视内容以口头讲解、书面资料、短信与微信等多种形式呈现,图文并茂、动静结合,使患者更直观地了解手术相关信息,满足了手术患者全方位知识需求。

患者术前准备质量是保证术中安全的重要因素,影响其主要原因是患者的依从性。有研究指出,传统术前访视为护士口头讲解,缺乏趣味和兴趣,并不能提高患者对健康知识的掌握程度^[10],患者的依从性较差。近年来,有研究发现利用微信平台可提高患者的遵医行为,实现护理知识宣教的延伸^[11-12]。廖敏等^[8]也发现,利用微信公众平台推送术前访视内容,能提高术前准备质量和手术配合度。本研究将短信平台与微信公众平台联合应用于术前访视中,借助短信督促患者按要求准备,起到支持、提醒的作用。通过微信平台把一长串枯燥的知识转化成视听结合,容易理解和记忆的信息,将思维可视化,有

助于患者对内容的理解和落实,促进患者遵医行为的形成,保障了手术的及时性和安全性,减少不必要的医患纠纷^[13]。本研究结果显示,观察组患者术前自身准备完善率明显高于对照组($P < 0.01$)。

多元化术前访视有效降低了患者的焦虑程度。手术是一种强烈的刺激,导致患者出现以焦虑为代表的心理应激反应,患者于术前 1 d 和进入手术间的时刻反应最强烈^[14]。研究表明,术前焦虑主要来自于对手术环境的陌生和恐惧,对手术疗效的期待^[15]。本研究发现,访视后观察组患者 SAS 评分下降明显优于对照组,说明多元化术前访视能有效改善患者心理状况。多元化术前访视在访视人员上医护共同参与,手术室与病房紧密合作,使患者充分感受到专业化团队的重视和关注,有利于患者心理安全感的建立。在访视形式上传统讲解与现代通讯软件完美结合,提高了信息传播的趣味性、有效性、实用性,患者对所担心的问题有了正确的认知,焦虑程度也就得到了减轻。

综上所述,采用多元化术前访视模式对手术室择期手术患者实施干预,通过访视人员、访视内容、访视形式多元化,三者形成合力在帮助患者获得有效信息支持,形成手术理性认知,提升应对能力,摆脱术前身心危机感等方面发挥协同作用^[16],明显提高了术前访视效果,值得在临床推广应用。

参考文献

- [1] Nicolay CR, Purkayastha S, Greenhalgh A, et al. Systematic review of the application of quality improvement methodologies from the manufacturing industry to surgical healthcare[J]. Br J Surg, 2012, 99(3): 324-335.
- [2] 刘英, 王凤琴, 冯慧. ICU 患者术前访视及术后随访的效果评价[J]. 郧阳医学院学报, 2010, 29(4): 381-382.
- [3] 张颖, 李玉翠, 周立. 上海市手术室护士实施术前访视现状调查[J]. 中华护理杂志, 2011, 46(11): 1091-1094.
- [4] 颜雷雷, 赵洪涛, 王冰, 等. 术前访视的应用现状及发展[J]. 河北医学, 2015, 21(12): 2068-2070.
- [5] 张颖, 周立. 手术室护士实施术前访视内容标准的研究[J]. 中华护理杂志, 2011, 46(4): 361-363.
- [6] 沈明凤, 张庆, 黄春明. 多元化改良式术前访视在泌尿系结石钬激光术患者中的应用效果观察[J]. 全科护理, 2016, 14(4): 397-399.
- [7] 杨霞, 胡文娟, 赵爱平, 等. 日间手术患者术前访视需求调查[J]. 护理研究, 2013, 27(16): 1565-1566.
- [8] 廖敏, 柯雅娟, 汤婷, 等. 微信公众平台服务在术前访视中的应用效果评价[J]. 护理学杂志, 2016, 31(2): 58-60.
- [9] 王焕林. 临床精神医学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2003: 316-320.
- [10] 王谊, 林野, 陈玉梅, 等. 62 例不稳定骨盆骨折行经皮闭合内固定治疗的护理[J]. 中华护理杂志, 2013, 48(5): 469-470.
- [11] 张妮, 杨燕玉. 微信教育对慢性阻塞性肺疾病出院患者遵医行为的影响[J]. 现代临床护理, 2014, 13(5): 51-53.
- [12] 靳海荣, 英静静, 高赛. 微信式延续护理在预防食管癌术后吻合口狭窄中的应用[J]. 实用临床医药杂志, 2014, 18(22): 51-54.
- [13] 翟付敏, 刘雪双, 辛维凤, 等. 应用思维导图改善耳鼻喉科择期手术患者术前准备质量的实践[J]. 中国护理管理,

2016,16(5):705-708,709.

[14] 周逸云. 甲状腺次全切除术患者术前访视的临床观察[J]. 激光杂志, 2012, 33(6): 40.

[15] 黄陈红, 吕晓玲. 程序化健康教育模式在术前访视中的应用[J]. 护理实践与研究, 2012, 9(6): 128-129.

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.14.049

[16] 林爱英, 彭少萍, 刘芬, 等. 协作式术前访视在妇科手术患者中的应用[J]. 护理学杂志, 2011, 26(6): 35-37.

(收稿日期: 2017-02-20 修回日期: 2017-04-08)

微信平台在日间病房鞘膜积液患儿术后宣教中的应用

杨 旻, 辛文琼[△]

(四川大学华西医院小儿外科, 成都 610041)

[中图分类号] R473.72

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2017)14-2010-02

日间病房模式是一种指患者只住院 1 d 的模式, 即在 1 d 内完成从入院、手术再到出院的全过程^[1-2]。这一模式具有治疗过程快捷安全的特点, 是现代医学发展的新趋势^[3-6]。尤其是在现行医患关系紧张的大背景下, 日间病房模式能缓解看病难、看病贵的问题^[7]。但这种术后即回家的治疗模式, 容易使患者全面接受术后健康宣教的时间和质量都出现明显下降^[8]。因此, 临床上迫切需要一种新的健康宣教方式来应对这一新治疗模式的推广, 以提升患儿术后恢复的质量。本研究尝试将微信平台引入日间病房鞘膜积液患儿术后健康宣教, 取得满意效果, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2016 年 1 月至 2016 年 8 月在本科就诊并行鞘状突高位结扎术的患儿。纳入标准: (1) 年龄 1~14 岁; (2) 患儿首诊时即需要进行鞘状突高位结扎术。排除标准: (1) 不能灵活使用智能手机; (2) 伴有其他全身系统性疾病例如高血压、糖尿病、冠心病等。共有 209 例患儿同意参与本研究, 其中共有 130 例符合实验标准。按照抛硬币法[正面(有字面)向上的患儿纳入试验组, 反面向上的患儿纳入对照组]将 130 例患儿分为两组。其中试验组 65 例, 对照组 65 例; 均为男性; 均采用全身麻醉的方式行鞘状突高位结扎术。试验组患儿汉族 62 例, 少数民族 3 例; 年龄(2.35±1.27)岁。对照组患儿汉族 61 例, 少数民族 4 例; 年龄(2.12±1.23)岁。两组患儿年龄、性别、麻醉方式、手术方式、民族等比较差异均无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 健康宣教方法

1.2.1.1 对照组 (1) 术前宣教。护士在治疗开始之前主动向患儿家属介绍主诊医师、护士, 并耐心讲解鞘膜积液的具体治疗方法, 复诊的重要性及治疗费用等相关内容。以举例的形式告诉患儿鞘膜积液的治疗安全性高, 嘱其不必担心和紧张。(2) 术后宣教。治疗结束后对患儿家属进行饮食宣教, 告知治疗当天宜食温凉流质饮食, 避免进食过热、过冷、过硬、不易消化、容易产气的食物, 如萝卜、白薯、大豆等。治疗后短期内会有伤口疼痛肿胀现象, 属于正常反应。出院前向患儿家属发放宣传单, 宣传单内容包括鞘膜积液的原理简图、治疗方法及注意事项等信息。

1.2.1.2 试验组 试验组在常规护理宣教的基础上联合使用微信平台。选取 1 名主治医师和 2 名具有 5 年以上工作经历

的护师作为科室微信专员, 使用微信的群聊功能建立鞘膜积液术后患儿家属讨论群, 利用医护的碎片时间在线解答患儿家属的各种疑问, 还可以将一些与治疗相关的科普性文章、视频、图片进行群分享, 例如正确的饮食搭配、伤口的观察等, 以提升患儿家属的疾病认知度。对每一位患儿进行编号和基本信息登记工作, 治疗后进行定期在线随访, 了解患儿的伤口恢复及排便等情况, 并据此给出个性化的健康指导。

1.2.2 评价指标 (1) 满意度评分表: 接受相应健康宣教方法后 1 个月, 利用满意度评分表随访患儿家属对本次治疗的满意程度。评分表由 0~10 分组成, 总分 10 分, 得分越高, 满意度越高。评价标准: 0~5 分表示不满意; 5~8 表示较满意; 大于 8 分表示满意。(2) 综合性医院焦虑抑郁量表(HAD): 采用 Zigmond 和 Snaith 设计的 HAD 来评定患儿家属在患儿术后 1 个月随访时的焦虑与抑郁状态。此量表包含焦虑和抑郁两个亚量表, 每个亚量表均有 7 个条目。每条目评分为 0~3 分, 7 个条目得分总和为亚量表总得分。评价标准: 0~7 分为阴性; 8~10 分为怀疑阳性, 11~21 分为阳性。

1.3 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计分析软件, 计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 t 检验; 计数资料用率表示, 组间采用 χ^2 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 失访率及满意度评分比较 130 例患儿中 16 例失访, 试验组失访 3 例(4.62%), 对照组失访 12 例(18.46%)。两组患儿的失访率比较差异有统计学意义($P<0.05$)。试验组满意度评分为(7.69±1.72)分, 对照组为(5.18±2.36)分, 两组患儿家属满意度比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.2 综合性医院焦虑抑郁量表比较 试验组患儿家属 HAD 得分明显低于对照组, 比较差异有统计学意义($P<0.05$), 见表 1。

表 1 两组 HAD 得分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	焦虑	抑郁
试验组	4.94±1.90	5.74±2.22
对照组	7.18±2.96	7.61±2.76
t	-4.333	-3.573
P	<0.01	<0.01