

[10] 姚瑶. 2 种健康教育方式对骨科患者家属压疮认知程度的影响[J]. 当代护士, 2012(12):11-13.

[11] 张旺琼, 周首邦, 黄芳周, 等. 家属参与健康教育模式在院前压疮患者中的应用效果[J]. 中华现代护理杂志, 2013, 19(15):1800-1804.

[12] 曾洁, 王君俏, 杨雅. 二级医院联合社区对出院患者实施压疮延续护理的效果[J]. 护理学杂志, 2014, 29(17):76-79.

(收稿日期:2017-03-07 修回日期:2017-04-21)

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.24.047

肺癌 PICC 带管患者出院准备度现况调查及影响因素分析*

李宜敏, 孟娜, 向秋芬, 符琰, 余春华[△]
(四川大学华西医院胸部肿瘤科, 成都 610041)

[中图法分类号] R734.2

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2017)24-3448-04

Fenwick 于 1979 年提出出院准备度的概念, 是指医护人员根据患者的生理心理、社会方面的情况进行综合分析, 从而判断其是否具有离开医院、回归社会进行康复和复健的能力^[1]。目前, 外周中心静脉置管(PICC)被广泛应用于临床, 为肺癌患者提供安全的化疗用药静脉通道, 保护患者外周血管不受损害, 减少频繁穿刺给患者带来的痛苦。有研究显示 PICC 带管出院患者并发症发生率高于住院患者^[2], 而并发症是影响 PICC 留置时间的重要因素^[3]。现在国家及各级医疗机构尝试缩短平均住院日, 进而提高医疗服务效率, 降低医疗费用。平均住院日的缩短, 意味着患者出院时可能还未完全掌握 PICC 维护及并发症的观察等相关知识。因此, 对肺癌 PICC 带管患者出院准备度的评估及相关因素的分析就显得尤为重要。本研究采用患者出院准备度评估量表(RHDS)探讨肺癌 PICC 带管患者出院准备现状, 分析其影响因素, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用方便抽样法, 对 2015 年 7—12 月本院胸部肿瘤科的 152 例肺癌 PICC 带管患者出院情况进行调查。其中, 男 115 例, 女 37 例, 平均年龄(55.84±8.51)岁, 平均住院时间(15.45±11.50)d。纳入标准:(1)组织病理学诊断确诊为肺癌的且分期明确的患者;(2)需进行化疗的患者;(3)患者出院时带有 PICC;(4)患者年龄大于或等于 18 岁;(5)患者知情同意并自愿参与。排除标准:(1)有认知功能障碍及智力障碍者;(2)处于姑息治疗状态者。

1.2 方法

1.2.1 研究工具 由 Weiss 等编制的 RHDS 自评量表, 汉化版量表包括 4 个维度: 自身状况、疾病知识、出院后应对能力及可获得的社会支持^[4]。该量表共 23 个条目, 第 1 个条目是非题, 不记入总分, 其余条目采取 0~10 分计分法, 0 分代表完全未准备好, 10 分代表完全准备好。其中, 条目 3 和 6 为反向条目, 需反向记分。所有条目分数之和即为总分, 总分为 220 分。患者根据自己的情况选择相应的分数, 总分越高则患者的出院 RHDS 越高。汉化版量表的内容效度为 0.87, 总 Cronbach's α 系数为 0.82, 量表信效度较高, 可在中国人群使用。

1.2.2 调查方法 采用问卷调查法, 由研究者统一指导语, 在患者出院前 4 h, 发放给研究对象自行填写。问卷当场发放并当场回收。本研究共发放问卷 160 份, 回收 152 份, 有效问卷

152 份, 有效回收率为 95%。

1.3 统计学方法 采用 SPSS20.0 软件进行数据录入和分析。计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用独立样本 *t* 检验、单因素方差分析进行均值比较, 以出院 RHDS 评分为因变量, 将单因素分析结果有统计学意义的变量为自变量进行多元逐步回归分析; 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 肺癌 PICC 带管患者出院 RHDS 得分情况 本次调查肺癌 PICC 带管患者出院中有 112 例(73.7%)准备好出院, 40 例(26.3%)表示没有准备好出院; RHDS 得分为(165.85±27.86)分, 处于较高水平, 见表 1。

表 1 肺癌 PICC 带管患者出院 RHDS 得分情况

项目	极小值(分)	极大值(分)	得分($\bar{x} \pm s$, 分)
自身状况	22	70	33.65±6.87
疾病知识	17	80	61.34±14.11
应对能力	9	30	24.62±4.72
可获得支持程度	10	40	33.65±6.87
总 RHDS 得分	88	220	165.85±27.86

2.2 肺癌 PICC 带管患者出院 RHDS 单因素分析 文化程度, 支付方式, 出院后独居情况, PICC 置管次数, 家与医院的距离, 带管时间对患者的出院 RHDS 有影响($P<0.05$), 见表 2。

表 2 肺癌患者 PICC 带管出院 RHDS 单因素分析($\bar{x} \pm s$, 分)

项目	<i>n</i>	得分	<i>t</i> / <i>F</i>	<i>P</i>
性别			1.338	0.284
男	115	161.36±15.45		
女	37	165.27±11.37		
民族			0.723	0.489
汉族	149	163.47±17.97		
其他	3	162.71±21.00		
职业			0.915	0.502
退休/无业	48	164.45±18.73		

* 基金项目:四川省科技计划项目(2015SZ0155)。 作者简介:李宜敏(1988—), 护师, 本科, 主要从事肿瘤护理方面的研究。 [△] 通信作者, E-mail:724478785@qq.com。

续表 2 肺癌患者 PICC 带管出院 RHDS 单因素分析

项目	n	得分(±s,分)	t/F	P
工人	27	165.86±17.34		
务农	39	159.73±19.28		
事业单位	17	168.15±17.39		
商业	21	166.16±18.67		
文化程度			3.216	0.034
小学及以下	33	161.15±25.32		
初中	40	168.24±21.71		
高中	35	171.22±25.76		
大专及以上学历	44	179.83±21.24		
婚姻状况			3.021	0.054
未婚	2	162.73±18.71		
已婚/同居	145	169.08±22.10		
离异/丧偶	5	163.65±19.73		
支付方式			4.039	0.027
医保	143	153.34±15.39		
自费	9	163.15±11.27		
住院类型			0.866	0.523
初治	50	159.38±15.39		
复治	102	164.28±17.65		
家庭经济状况(元)			1.015	0.327
≤1 000	25	161.78±19.34		
>1 000~2 000	47	164.23±18.85		
>2 000~3 000	25	163.17±19.44		
>3 000~5 000	26	163.49±18.73		
>5 000	29	167.38±19.97		
是否独居			2.176	0.045
是	15	157.17±17.34		
否	137	166.59±18.97		
PICC 置管次数			4.152	0.021
1 次	125	162.17±19.63		
≥2 次	27	170.05±15.34		
住院时间(d)			0.861	0.503
≤7	39	164.19±21.15		
>7~14	86	163.27±22.03		
>14	27	163.86±19.37		
家与医院的距离(km)			4.316	0.005
≤1	27	176.75±18.26		
>1~5	51	174.16±15.37		
>5~10	49	163.89±15.48		
>10	25	159.73±17.79		
带管时间(月)			4.016	0.029
≤1	6	162.09±19.34		
>1~3	15	169.56±17.46		
>3~6	45	170.24±18.11		
>6	86	171.39±16.59		

2.3 出院 RHDS 多因素回归分析 多元回归分析结果显示文化程度,出院后独居情况,家与医院的距离,带管时间是出院

RHDS 评分的主要影响因素($R^2=0.537, P<0.05$),见表 3。

表 3 出院 RHDS 的多元回归分析

变量	B	β	t	P	95%CI
文化程度	0.374	0.180	4.138	0.000	0.123~4.715
出院后独居	0.280	0.164	3.591	0.004	0.025~0.045
支付方式	0.458	0.174	3.041	0.085	-0.012~0.573
家与医院的距离	-0.110	-0.095	-2.491	0.013	-0.273~-0.075
带管时间	0.731	0.523	16.850	0.000	0.418~1.020

3 讨 论

3.1 肺癌 PICC 带管患者出院 RHDS 得分处于较高水平 本研究中出院准备度总体得分为(165.85±27.86)分,出院准备度处于较高水平。该结果与王艳琼等^[5]报道不一致。可能与研究对象的疾病种类和治疗方式不同有关。本研究对象多为再次入院肿瘤患者,复治者占 102 例。患者 PICC 置管前后由 PICC 专科护士和管床护士进行健康指导。因此患者具备一定的 PICC 自护能力。

3.2 肺癌 PICC 带管患者出院 RHDS 影响因素分析

3.2.1 文化程度 本研究发现文化程度与 PICC 带管患者的出院准备度呈正相关。分析原因:文化程度较高者,对医护人员讲解的相关知识能够理解并掌握,也能通过网络、书籍等方式查阅相关知识,出院时对居家护理有信心。文化程度相对较低者,主要依靠医护宣教,可能对相关知识掌握欠佳,出院时对居家护理缺乏信心。研究发现不同文化程度的患者对 PICC 护理服务的需求各有侧重^[6]。因此,针对不同文化程度的患者应进行个性化出院指导。

3.2.2 出院后独居情况 本研究中发现出院后独居情况对患者的出院准备度有影响,与 Weiss 等^[7]的研究结果一致。分析原因,肿瘤患者往往体能较差,需要家属的精神支持和生活照顾。在提供生活照顾时,家属能帮助其及时发现异常情况。但独居患者大都缺乏社会支持,日常生活照顾的资源较少。赵立双等^[8]研究发现家属参与护理模式可有效提高 PICC 护理质量,减少并发症的发生。Heine 等^[9]的研究结果也显示,良好的社会支持能增加患者的自信和安全感,从而使患者获得比较高的出院准备度。因此,评估患者的社会支持情况,鼓励家属积极参与治疗及康复,重视其导管安全。

3.2.3 家与医院的距离 家与医院的距离与总出院准备度得分呈负相关。研究发现,PICC 置管患者普遍认为自己没有足够能力进行异常情况的观察,对医院的依赖性较大^[10]。因此,家与医院的距离越近,出现异常情况时,能及时赶到医院处理,其焦虑会相对较轻,出院准备度较高。但陈明芳等^[11]研究发现 12.5% 的患者在就近社区或医院进行导管维护时,由于护士缺乏导管维护知识导致拔管。因此,建立医院-社区-家庭一体化 PICC 维护网络的质量跟踪机制^[12],大型医院对下级医院加强培训,减少患者对大型医院的依赖,提高患者出院准备度。

3.2.4 带管时间 本研究中 PICC 带管时间与患者出院准备度呈正相关。分析原因可能是随着带管时间的增加,患者有更多的机会接受医护宣教及消化指导内容,将理论知识融入到居家护理中。因此,应通过宣传手册、健康讲堂、网络媒体等多样

化的形式加强健康指导,出院后开展 PICC 延续护理,从而增加患者的安全感,提高患者出院准备度。

参考文献

- [1] Mabire C, Coffey A, Weiss M. Readiness for Hospital Discharge Scale for older people: psychometric testing and short form development with a three country sample[J]. J Adv Nurs, 2015, 71(11): 2686-2696.
 - [2] 蔡珩玉. PICC 导管在肿瘤病人治疗中的应用与护理研究[D]. 长春: 吉林大学, 2010.
 - [3] 崔丽萍, 郭玉丽. 延续性护理在 PICC 带管出院患者中应用的研究进展[J]. 中国护理管理, 2014, 14(7): 709-711.
 - [4] 赵会玲. 喉切除术后病人出院指导质量与出院准备度的相关性研究[D]. 四川: 四川大学, 2014.
 - [5] 王艳琼, 宁宁, 李佩芳, 等. 对脊柱手术患者出院准备度的现状调查[J]. 中国实用护理杂志, 2015, 31(32): 2475-2477.
 - [6] 刘日辉, 陈建红, 贺小娟. 经外周中心静脉置管护理门诊需求的调查分析[J]. 中国全科医学, 2010, 13(6): 630-631.
 - [7] Weiss ME, Lokken L. Predictors and outcomes of post-
- 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.24.048

partum mothers' perceptions of readiness for discharge after birth[J]. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 2009, 38(4): 406-417.

- [8] 赵立双, 孙淑华, 林占峰, 等. 家属参与护理模式对 PICC 家庭护理质量的影响[J]. 护理学杂志, 2009, 24(3): 43-44.
- [9] Heine J, Koch S, Goldie P. Patients' experiences of readiness for discharge following a total hip replacement[J]. Aust J Physiother, 2004, 50(4): 227-233.
- [10] 马楠楠, 刘国莲, 赵忆文. PICC 置管患者居家护理接受程度调查及影响因素分析[J]. 哈尔滨医药, 2014(6): 372-373.
- [11] 陈明芳, 王莉, 陈书巧, 等. 肿瘤患者带外周中心静脉置管(PICC)出院后的健康指导[J]. 哈尔滨医药, 2008, 28(2): 65.
- [12] 罗红, 任道琼, 谭静, 等. 医院-社区-家庭一体化 PICC 维护网络模式的构建与实施[J]. 护理学杂志, 2013, 28(14): 16-18.

(收稿日期: 2017-04-04 修回日期: 2017-05-22)

医护一体化模式在大肠癌术后日间化疗病房中的应用

杨越, 宋娟, 张弘

(第三军医大学第一附属医院普通外科, 重庆 400038)

[中图分类号] R473.6

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2017)24-3450-02

大肠癌是我国常见的恶性肿瘤, 每年其发病率和病死率都越来越高^[1]; 同时大肠癌手术以后行化学疗法的患者也越来越多, 本科室为了提高化疗病房床位周转率, 开设了大肠癌术后日间化疗病房。但由于日间病房治疗无序化, 病房工作量大, 患者治疗时间延长及心理状况差, 导致满意度低, 发生纠纷的情况多^[2]。因此做好日间病房的管理是提高满意度的主要措施。近年来, 医护一体化新型模式逐渐深入医疗护理工作中。已有研究表明, 医护一体化工作模式能有效提高医护工作效率和质量^[3]。为探讨医护一体化模式在大肠癌术后日间化疗病房中的实践效果, 针对 2015 年 7-12 月在本科室日间病房行化疗的 500 例大肠癌术后患者实施两种不同工作模式, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2015 年 7-12 月在本科室日间病房行化疗的 500 例大肠癌术后患者为研究对象, 将 2015 年 7-9 月入科的 238 例患者视为对照组, 其中男 134 例, 女 104 例, 平均年龄(59.80±9.14)岁, 直肠癌 142 例, 结肠癌 96 例; 将 2015 年 10-12 月入科的 262 例患者视为试验组, 其中男 148 例, 女 114 例, 平均年龄(60.60±8.66)岁, 直肠癌 159 例, 结肠癌

103 例。

1.2 方法

1.2.1 对照组 实施传统工作模式, 由医生通知患者进行复查化疗, 前往护士站登记床位, 办理住院, 输液, 最后办理出院。

1.2.2 试验组

1.2.2.1 组成医护一体化工作小组 2015 年 9 月本科成立日间化疗病房医护一体化工作小组, 由 1 名副主任医师任医师组长和 1 名主管护师任护理组长, 5 名骨干医师和 5 名骨干护士为小组成员^[4], 其中每名医生和指定护士一组相互配合管理患者。

1.2.2.2 制定化疗时间安排表 医护一体化管理小组根据患者的复查结果, 化疗间隔时间及床位情况共同制定化疗时间安排, 并由医生电话通知患者, 告知患者办理入院时间, 同时责任护士预留床位。

1.2.2.3 简化患者住院程序, 节省时间 由医护一体化工作小组一起商议并制订住院流程, 全程由主管医生与责任护士负责, 无须等待排队, 减少不必要的中间环节, 减少患者的等待时间^[5]。具体流程: 医生通知患者化疗→患者来院就诊→主管医生接诊患者→开具住院证→患者持住院证到会计室缴费→携