

预见性护理干预对外科手术患者的影响

林葆春

连平县人民医院, 广东 连平 517100

[摘要] 目的: 观察预见性护理干预对手术患者在术后疼痛、焦虑和抑郁、自我效能感方面的影响。方法: 120例外科收治的手术患者随机分为2组各60例, 常规护理组采用常规护理的方法干预, 预见性护理组在常规护理的基础上加用预见性护理干预; 分别进行术后疼痛、焦虑度、抑郁度、自我效能感评价并组间比较。结果: 预见性护理组干预后自我效能感量表(GSES)平均得分、疼痛程度情况、抑郁状态、焦虑状态等情况分别与常规护理组比较, 差异均有统计学意义($P < 0.01$), 预见性护理组均优于常规护理组。结论: 预见性护理干预能提高自我效能感, 有效减轻术后疼痛、焦虑度、抑郁度, 值得临床应用。

[关键词] 术后疼痛; 抑郁; 焦虑; 预见性护理; 自我效能感

[中图分类号] R619 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 04-0283-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.04.134

手术损伤而引起的术后疼痛以及围手术期出现的焦虑与抑郁是术科最常见的并发症, 如果处理不当, 会对患者的生活质量造成严重的影响^[1]。有效减轻术后疼痛、焦虑、抑郁及提高患者的自我效能感是术科护理的重要课题。笔者采用预见性护理的方法干预外科手术患者, 结果报道如下。

1 临床资料

观察病例均为连平县人民医院已经确定行手术治疗的外科住院患者, 共120例。按照随机方法分为2组各60例, 干预组男31例, 女29例; 年龄18~65岁; 病程2月~6年。对照组男28例, 女32例; 年龄19~64岁; 病程3月~7年。2组患者年龄、性别、病程、主要疾病等经统计学处理, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 干预方法

2.1 常规护理组 普外科手术的常规护理措施。

2.2 预见性护理组 在常规护理措施的基础上联合预见性护理措施: 建立舒适的普外科治疗环境: 为普外科手术患者提供舒适的治疗环境, 利于患者术前心态调整和降低术后疼痛。术前加强备皮等术前准备工作; 术中加强生命体征和不良反应的观察; 术后加强护理巡视频率, 尤其是对尿管、引流管情况的观察。预见性疼痛护理: 术前让患者保证足够的睡眠, 并告知手术后的基本治疗流程及可能出现的疼痛, 使患者有心理准备, 不至于出现疼痛时焦虑、恐慌。向患者介绍止痛药的作用及不良反应。向患者及其家属进行健康宣教, 使他们学会基本的护理方法, 避免护理不当加剧患者疼痛。预见性心理疏导: 术前结合患者的病情, 进行认知护理干预, 向患者及家属

讲解手术治疗方案、术中配合要点、术后注意事项等, 重点除了说明术前准备工作与手术效果之间的关系外, 还要介绍主刀医生的技能和相关手术的经验, 增强患者对手术的信心, 有利于减少术后并发症的发生。术后患者清醒后, 鼓励患者表达手术创伤对自己的影响, 耐心倾听, 尽量满足其要求。告知患者通过看电视、深呼吸等方式, 分散注意力, 减轻疼痛。对于烦躁、易怒者予以理解, 避免与其发生正面冲突, 待患者情绪好转后再进行解释。根据患者的需要教会患者一些心理调节方法, 帮助患者培养乐观的态度, 控制自己的行为。请性格开朗、乐观的患者与病房中的其他患者进行交流, 相互分享手术及应对的经验, 相互鼓励, 相互支持, 创造良好的恢复氛围。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 (1)术后疼痛^[2]: 以术后疼痛峰值为统计点, 根据患者对疼痛的语言描述, 将疼痛分为4级, 无疼痛为0级, 轻度疼痛为1级, 中度疼痛能够忍受为2级, 重度疼痛不能忍受为3级。(2)术后焦虑及抑郁评分参考文献^[3]: 抑郁度采用汉密尔顿抑郁量表(HAMD)24项进行问卷调查, 结果按无抑郁、轻度抑郁、中度抑郁、严重抑郁、极严重抑郁5级划分。焦虑度采用汉密尔顿焦虑量表(HAMA)对14项进行问卷调查, 结果按无焦虑、轻度焦虑、中度焦虑、严重焦虑、极严重焦虑5级划分。观察外科手术患者护理前后自我效能感评分情况: 一般自我效能感量表(GSES)对10个项目进行评价, 主要涉及个体对自我、环境挑战和控制感的认知, 按1~4评分, 分值越高自我效能感越强。

[收稿日期] 2014-12-20

[基金项目] 河源市科技计划项目 (2013-106)

[作者简介] 林葆春 (1972-), 女, 主管护师, 主要从事临床护理工作。

3.2 统计学方法 采用统计学软件 SPSS 12.0 建立数据库, 外科手术患者临床资料分别通过 t 检验及秩和检验。

4 护理结果

4.1 2组 GSES 平均评分比较 见表 1。预见性护理组干预后 GSES 平均得分与干预前比较, 差异有统计学意义($P < 0.01$), 且干预后 2 组间比较, 预见性护理组干预后 GSES 平均得分高于常规护理组, 差异有统计学意义($P < 0.01$), 提示预见性护理的方法在改善 GSES 平均得分方面优于常规护理方法。

表 1 2 组 GSES 平均评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	干预前	干预后
预见性护理组	60	2.21 ± 1.32	3.02 ± 1.15
常规护理组	60	2.30 ± 1.29	2.22 ± 1.21

与常规护理组干预后比较, ① $P < 0.01$

4.2 2 组术后疼痛峰值情况比较 见表 2。干预后, 预见性护理组 级疼痛者多于常规护理组, 而 级、 级疼痛者少于常规护理组。2 组间比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 提示预见性护理干预能有效减轻外科手术患者的术后疼痛程度。

表 2 2 组术后疼痛峰值情况比较 例

组别	n	0 级	级	级	级
预见性护理组	60	14	30	11	5
常规护理组	60	13	15	22	10

4.3 2 组术后抑郁度情况比较 见表 3。干预后, 2 组均未出现极严重抑郁患者, 但是预见性护理组出现严重抑郁、中度抑郁的例数少于常规护理组, 2 组间比较, 差异有统计学意义($P < 0.01$), 提示经过预见性的心理疏导, 术后患者抑郁状态减轻。

表 3 2 组术后抑郁度情况比较 例

组别	n	极严重抑郁	严重抑郁	中度抑郁	轻度抑郁	无抑郁
预见性护理组	60	0	5	16	25	14
常规护理组	60	0	12	27	13	8

4.4 2 组术后焦虑度情况比较 见表 4。干预后, 2 组均未出现极严重焦虑患者, 但是预见性护理组出现严重焦虑、中度焦虑的例数少于常规护理组。2 组间比较, 差异有统计学意义($P < 0.01$), 提示经过预见性的心理疏导, 术后患者焦虑状态减轻。

表 4 2 组术后焦虑度情况比较 例

组别	n	极严重焦虑	严重焦虑	中度焦虑	轻度焦虑	无焦虑
预见性护理组	60	0	2	10	19	29
常规护理组	60	0	10	24	13	13

5 讨论

预见性护理是指针对即将出现和潜在的护理问题, 有预见性地采取防范措施和应对方法, 从而有效地降低护理风险^[1], 提高治疗效果。传统的护理模式由于缺乏个体化的服务以及针对具体护理问题的预见性干预措施, 从而影响了治疗效果。本研究选取外科手术患者作为研究对象, 针对手术患者常见的术后疼痛、抑郁、焦虑采取预见性护理干预措施, 并与常规护理组进行对比, 以观察预见性护理干预措施对这些手术并发症的效果。

外科手术患者不可避免存在术后疼痛以及面对手术时的焦虑和恐惧的情绪。由于疼痛是一种主观感受, 缺乏疏导、教育以及外环境的刺激也会加重患者的疼痛程度。本研究在术后疼痛方面采取有预见性的疼痛护理, 让患者了解手术后可能出现的疼痛以及应对方法, 从而有效地减轻疼痛及因疼痛而引起的其它不适。而关于手术后焦虑、抑郁的问题, 多年的临床发现, 多数是由于对病情的不了解和对医生不信任引起。所以针对此类问题, 笔者采取预见性的心理疏导, 此提示除了术前准备工作与手术效果之间的关系外, 还要介绍主刀医生的技能和相关手术的经验, 增强患者对手术的信心, 减少心理顾虑; 术后加强与患者的交流, 及时发现问题, 解决病患的顾虑。通过对术后疼痛、术后焦虑、抑郁等护理问题的预见性护理干预, 结果患者的自我效能感优于常规护理的方法; 而 级、 级疼痛者少于常规护理组; 并且出现严重焦虑、抑郁, 中度焦虑、抑郁的例数少于常规护理组。可见预见性护理干预能提高自我效能感, 有效减轻术后疼痛、焦虑度、抑郁度, 提高患者的生活质量, 值得推广。

在护理实践中, 往往存在预见性护理意识的缺失等问题^[2]。如何提高护理问题的预见性, 关键是我们如何通过临床发现存在和潜在的护理问题, 只有找准了问题, 才能针对问题作出相应的护理措施解决问题, 这样才能不断提高护理质量。

[参考文献]

- [1] 王江丽. 导致普外科手术切口感染的相关因素及护理对策[J]. 中国现代医生, 2011, 49(10): 67-68.
- [2] 曾苑香. 全程护理模式对外科手术患者的影响[J]. 中国医药科学, 2012, 2(12): 139-140.
- [3] 张明园. 精神科评定量表手册[M]. 2 版. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1998: 133-137.
- [4] 王芳, 李想. 预见性护理在医技检查护理工作中的应用及效果评价[J]. 中国医药导报, 2009, 6(15): 148.
- [5] 叶江川. 预见性护理能力的现状分析与对策[J]. 中国误诊学杂志, 2010, 10(17): 4094.

(责任编辑: 刘淑婷)