

长, 治疗费用相对较高。此外, 患者不仅需要承受疾病及手术治疗带来的疼痛感, 而且需要承受活动受限、饮食控制、经济损失等心理压力, 极易产生焦虑、抑郁、自我否定、怨恨、绝望等负性情绪^[12]。相关研究显示, 普外科手术老年患者抑郁发生率超过 30%, 部分患者甚至因心理压力过大而产生自杀的念头^[13]。由此可见, 给予普外科手术老年患者广泛而持续的心理支持十分必要。通过实施相关干预措施, 提高患者在饮食、用药等方面的自我管理能力, 促进患者躯体症状的好转, 有助于进一步缓解患者的心理负担。综合实施情绪干预、认知干预、社会支持、行为干预、自我管理干预等干预措施, 可增强患者的应对能力和自信心, 提高自我效能, 使其能够积极应对负性情绪, 消除抑郁、焦虑情绪, 增强战胜疾病的信心。此外, 综合护理干预措施的实施, 增强了医护人员与患者、患者与家属、患者与患者之间的沟通与交流, 使患者的自我效能进一步提升, 也有助于改善患者的心理状况。

综上所述, 通过实施情绪干预、认知干预、社会支持、行为干预、自我管理干预等综合护理干预措施, 能够改善普外科手术老年患者焦虑及忧郁, 优化自我效能, 值得临床推广应用。

参考文献

[1] 赵文芳, 周卫, 李翠萍. COPD 病人社会支持与自我护理能力的相关性研究[J]. 护理研究, 2008, 22(4): 1047-1048.

[2] 陈静洁. 外科住院病人与健康教育项目相关的自我效能研究[J]. 护理研究, 2009, 23(6): 1428-1429.

[3] 黄定凤, 汪芳, 陈娟, 等. 护理干预对乳腺癌化疗病人恶心呕吐的影响[J]. 护理研究, 2010, 24(3): 796-797.

[4] 申瑞霞, 王维峰, 郭亮军, 等. 多维度护理干预对腹部手术病人自我效能的影响[J]. 护理研究, 2011, 25(7): 1738-1739.

[5] 阮春风. 自我效能干预对炎症性肠病患者生存质量的效

果评价[J]. 中华现代护理杂志, 2010, 16(17): 2034-2035.

[6] Kim Y, Evangelista LS, Phillips LR, et al. The End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire(ESRD-AQ): testing the psychometric properties in patients receiving in-center hemodialysis[J]. Nephrol Nurs J, 2010, 37(4): 377-393.

[7] 林剑珊, 黄燕林. 自我效能对肾病综合症患者饮食自我管理水平的影 响[J]. 中华现代护理杂志, 2010, 16(17): 1985-1988.

[8] 吴杰清. 护理干预对老年普外手术患者症状及自我效能影响的研究[J]. 中国医药导报, 2013, 10(2): 135-136.

[9] Lauek S, Johnson JL, Ratner PA. Self-care behavior and factors associated with patient outcomes following same-day discharge percutaneous coronary intervention[J]. Eur J Cardiovasc Nurs, 2009, 8(3): 190-199.

[10] Yeh TL, Huang CL, Yang YK, et al. The adjustment to illness in patients with generalized anxiety disorder is poorer than that in patients with end-stage renal disease [J]. J Psychoso Res, 2011, 57(2): 165-170.

[11] Lawoko S. Factors influencing satisfaction and well-being among parents of congenital heart disease children: development of a conceptual model based on the literature review[J]. Scand J Caring Sci, 2010, 21(1): 106-117.

[12] Eylem B, Mukadder M. The evaluation of self-care and self-efficacy in patients undergoing hemodialysis [J]. J Evalua Clin Prac, 2009, 11(5): 605-610.

[13] Yokoyama Y, Suzukamo Y, Hotta O, et al. Dialysis staff encouragement and fluid control adherence in patients on hemodialysis[J]. Nephrol Nurs J, 2009, 36(3): 289-297.

(收稿日期: 2014-02-14 修回日期: 2014-04-16)

临床路径下单病种护理成本的核算研究*

刘世芳, 刘必兰, 李富兰[△], 杨利君(重庆市第五人民医院 400062)

【摘要】 目的 以单侧输尿管结石钦激光碎石术为例, 探讨单病种护理成本的核算方法, 为制订单病种收费标准提供参考。**方法** 根据医院各类统计报表及自行设计的临床护理路径跟踪记录表, 按照项目成本核算的 6 大要素, 核算临床路径下单侧输尿管结石钦激光碎石术各护理项目的平均成本, 计算病种护理总成本, 并根据实际收费情况计算成本回收率。**结果** 临床路径下单侧输尿管结石钦激光碎石术的护理成本为 597.23 元, 其中人力成本 269.97 元, 占总成本的 45.20%; 平均实际护理收费为 145.15 元, 成本回收率为 24.30%。**结论** 开展以单病种临床路径为基础的护理成本核算研究, 有助于合理制订护理收费标准, 体现护理人员的劳动价值。

【关键词】 临床路径; 护理成本; 核算
DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2014. 17. 052 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)17-2456-03

单病种付费是医疗体制改革的主要内容之一, 但目前相关付费标准尚未完全统一。通过开展单病种医疗成本调研, 了解成本构成情况, 能够为制订单病种付费标准提供决策参考^[1]。护理成本是医疗成本的重要组成部分, 但关于单病种护理成本的研究较少。本研究以《护理经济学》为理论依据, 基于临床路

径, 确立单病种服务规程及护理项目, 并核算了单病种护理成本。现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2013 年于本院实施临床路径管理、行单侧输尿管结石钦激光碎石术患者 100 例。

* 基金项目: 重庆市南岸区科委科研基金资助项目(2013-15)。

[△] 通讯作者, E-mail: lflcq2010@163. com。

1.2 方法

1.2.1 制订临床路径护理成本跟踪调查表 根据卫生部 2011 年输尿管结石临床路径标准,结合优质护理服务所需项目及本院实际情况,制订优化的输尿管结石钬激光碎石术临床护理路径。根据临床护理路径,制订临床路径护理成本跟踪调查表,记录完成护理项目所需护理人员人数、操作时间、操作次数、不能收费的一次性耗材使用数量情况等。

1.2.2 确立护理成本的构成 项目成本核算是实行单病种成本核算的基础^[2]。根据临床路径护理成本跟踪调查表,归集、整理、分配、计算单项护理服务项目的实际成本。根据项目成本核算要求,护理项目的成本包括 6 个部分,即人力成本、设备折旧、材料成本、作业费用、行政管理费用、教学研究费用,其中人力成本、设备折旧、材料成本为直接成本,作业费用、行政管理费用、教学研究费用为间接成本。直接成本根据实际消耗直接计入成本。间接成本按照类成本比值法(医院在提供医疗服务过程中,各种成本之间的比例关系)分摊,其中实际作业费用按该部门作业费用占总医疗成本的 20% 计算,行政管理及教学研究费用按照项目成本的 5% 计算。

1.2.3 计算单项护理项目成本^[3] 人力成本=(护理人员月平均收入/月平均工时)×护理项目耗用工时×人数。设备折旧=(月设备折旧金额/月使用时间)×每次使用时间。材料成本=材料含税单价×实际消耗量。作业费用=(人力成本+材料成本+设备费用)/(1-G)×G,G 为实际作业费用在总成本中所占比例,本研究按 20% 计算。行政管理费用=(人力成本+材料成本+设备费用+作业费用)×5%。教学研究费=(人力成本+材料成本+设备费用+作业费用)×5%。单项护理项目操作成本=人力成本+设备折旧+材料成本+作业费用+行政管理费用+教学研究费用。基础数据资料来源于医院财务报表、总务设备库房出入库统计表、护理人员福利工资收入报表、临床护理路径跟踪记录表等。

1.2.4 临床路径单病种护理成本核算 临床路径单病种护理成本=护理项目成本 1×频率+护理项目成本 2×频率+护理项目成本 3×频率+护理项目成本 n×频率。

2 结 果

2.1 临床路径单病种护理成本的构成 根据有关数据,按照公式计算临床路径下 100 例单侧输尿管结石钬激光碎石术患者平均护理成本,成本构成见表 1。

表 1 单侧输尿管结石钬激光碎石术临床路径护理成本构成

成本项目	累计金额(元)	占总成本比例(%)
人力成本	269.97	45.20
设备折旧	91.67	15.35
材料成本	73.54	12.31
作业成本	107.98	18.08
行政管理费用	27.03	4.53
教学研究费用	27.03	4.53
合计	597.23	100.00

2.2 临床路径护理成本与实际收费情况比较 根据临床路径下患者出院结账清单,计算 100 例单侧输尿管结石钬激光碎石术患者平均实际护理收费为 145.15 元,平均实际护理成本为 597.23 元,成本回收率为 24.30%。

3 讨 论

3.1 降低人力成本的必要性及措施 本研究中的护理项目人力成本是以本院护理人员的平均薪酬为标准,按照人力成本计算公式计算获得的^[4]。护理项目耗时越多,人力成本相应增加。由结果表 1 可见,人力成本在总成本中的所占比例最高,达到 45.20%,说明患者的护理主要依赖于护士的劳务付出。与此同时,护理服务项目中护理人员脑力劳动和无形劳动消耗理应纳入护理成本,但在护理收费项目中无法得到体现,导致护理人员的劳务付出没有得到合理的价值补偿。在现有的医疗收费政策下,护理管理者应正确评估护理人员的服务价值,增强主动服务意识,提高工作效率,从而在保证护理安全的同时有效降低成本。临床护理路径是标准的工作流程,减少了不同层次护理人员之间的差异,强调了护理活动的时效性,同时又保证了护理质量^[5]。因此,在实施临床护理路径时,应强调临床路径的优化,尽可能减少无形劳动的消耗成本。设计临床路径线路图时,可以安排多个护理项目的操作同时进行,以提高工作效率,降低成本。例如:在整理床单元的同时,可以进行健康教育、用药指导等工作。但是,熟练运用临床路径需要护理人员具有丰富的工作经验和专科素质。因此,护理管理者在人力资源管理方面,应具有成本管理意识,通过采取行之有效的办法,稳定护理人员队伍,减少护理人才的流失,降低护理人员培训的重复成本,将高、中、初级护理人员的比例合理配置为 1:1.3:1。

3.2 临床路径实际护理成本与收费比较 目前,本院医疗服务收费标准执行的是重庆市卫生局和物价局于 2004 年制订的《重庆市医疗服务价格手册》相关标准,其中护理服务收费项目仅有 30 余项。在本研究涉及的 42 项护理服务项目中,有收费标准的项目仅有 7 项,导致本研究中的实际护理成本为 597.23 元,实际护理收费为 145.15 元,成本回收率仅为 24.30%。现行的护理收费政策没有充分考虑护理评估、预防观察、健康教育等同样存在成本消耗的因素,因此在护理项目收费标准方面有所欠缺,导致护理收费远低于实际成本,处于与实际价值相背离的状态^[6-7]。有研究显示,脊髓型颈椎手术、神经根型颈椎手术、混合型颈椎手术等的围术期护理成本回收率平均仅为 15%^[8]。由此可见,就本院目前的医疗服务收费现状而言,无法体现护理人员在工作中所付出的劳动价值^[9]。

3.3 临床路径成本核算是制订单病种付费标准的重要参考 临床路径是有效控制医疗成本的主要工具,在降低医疗成本、提高医疗质量方面具有重要作用。临床路径下的护理成本构成也更趋合理。本研究采用的成本核算方法与单病种的历史成本计算法不同。本研究采用的数据来源于临床路径下实际发生的成本,能真实反映提供护理服务的范畴和护理服务的全部价值。护理服务是医疗服务的重要组成部分,也是医疗活动的三大主体之一,其收益理应成为医院的收益来源之一。因此,医院应开展以单病种临床路径为基础的护理成本核算研究,了解单病种实际护理成本与收费标准之间的差异,为医院实行单病种成本控制、政府部门制订合理的护理服务收费标准、充分体现护理人员的劳动价值提供参考。

参考文献

[1] 杨军.应用临床路径测算单病种成本的探索[J].中国卫生经济,2012,31(5):87-88.

[2] 陈有孝,亢泽峰,褚以德.现代医院全成本核算[M].北京:人民卫生出版社,2009:125-131.

[3] 刘则扬.护理经济学概论[M].北京:中国科学技术出版社,2002:230-251.

- [4] 陶然. 我国护理成本核算方法的现状与进展[J]. 上海护理, 2011, 9(5): 67-68.
- [5] 刘世芳, 胡华. 输尿管镜气压弹道碎石术治疗输尿管结石的临床路径研究[J]. 重庆医学, 2012, 41(14): 1450-1451.
- [6] 於军兰. 护理成本管理研究进展[J]. 护理研究, 2011, 25(6): 1508-1509.
- [7] 王红业. 护理收费对开展优质护理服务示范工程的影响

[J]. 护理研究, 2010, 24(12): 3262-3263.

- [8] 宫克, 叶文琴, 朱建英. 我院颈椎手术围手术期护理成本的研究[J]. 护理管理杂志, 2005, 5(12): 37.
- [9] 盛孝敏, 甘秀妮. 重庆市等级护理成本与效益的现状研究及对策[J]. 检验医学与临床, 2012, 9(24): 3052-3054.

(收稿日期: 2014-02-22 修回日期: 2014-06-13)

高血压病患者心理亚健康特征分析及护理对策研究

孟秀文(内蒙古医科大学附属医院接诊室, 呼和浩特 010010)

【摘要】 目的 分析高血压病患者心理亚健康特征及影响因素, 为给予合理的护理干预措施提供依据。**方法** 随机选择 2008~2010 年于本院体检的高血压病患者 100 例(病例组)和体检健康者 100 例(对照组), 采用症状自评量表(SCL-90 量表)对各组研究对象进行调查, 分析高血压病患者心理亚健康的特征及影响因素。**结果** 100 例高血压病患者中, 62 例存在心理亚健康表现, 占 62.00%; 高血压 I、II、III 级患者心理亚健康发生率分别为 61.29%、84.85%、100.00%, 高血压 III 级患者心理亚健康发生率最高($P < 0.05$)。病例组 SCL-90 量表抑郁因子得分、焦虑因子得分及总分分别为 (1.57 ± 0.60) 、 (1.59 ± 0.37) 、 (146.8 ± 44.2) 分, 对照组分别为 (1.43 ± 0.49) 、 (1.41 ± 0.39) 、 (129.8 ± 29.1) 分, 病例组以上 3 项得分均高于对照组($P < 0.05$)。抑郁和焦虑对高血压病患者心理健康的影响程度相对较大。**结论** 大部分高血压病患者存在心理健康问题。随着病情发展, 心理健康问题发生率逐渐升高。抑郁和焦虑是影响高血压病患者心理健康的重要因素, 应通过多角度的心理护理让患者保持积极的心理状态。

【关键词】 高血压病; 心理亚健康; 影响因素

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.17.053 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)17-2458-03

个体的身体健康与心理健康相互影响, 身体不健康可导致一定程度的心理不健康^[1]。亚健康是介于健康与疾病之间的过渡状态, 具有潜在危害性^[2-3]。对于某些需要长期服药治疗的慢性疾病患者, 例如原发性高血压(以下简称高血压病)患者而言, 不良的心理因素有可能导致患者服药依从性降低, 对疾病的控制产生不利影响^[4]。因此, 研究慢性疾病患者的心理亚健康状态, 对于改善患者的预后具有重要意义。本研究对高血压病患者心理健康状况进行了分析, 并对相应的护理对策进行了探讨, 现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机选择 2008~2010 年于本院体检的高血压病确诊患者 100 例(病例组), 均符合中国高血压病防治指南中的诊断标准^[5]。100 例患者中, 男 56 例、女 44 例; 年龄 44~82 岁, 平均 (56.3 ± 8.4) 岁; 病程 3~15 年, 平均 (6.4 ± 1.5) 年; 其中血压分级 I 级 62 例、II 级 33 例、III 级 5 例。另随机选择同期于本院体检健康者 100 例(对照组), 男 50 例、女 50 例, 年龄 35~85 岁, 平均 (59.3 ± 9.1) 岁。两组人群性别、年龄等一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 两组人群均于体检完成后, 在签署知情同意书的情况下, 自愿配合研究人员在 1 h 之内填写并交回症状自评量表-90(SCL-90 量表)。量表填写缺项时判为无效。由 2 名以上医师对收回的有效量表中的数据进行登记及统计分析。SCL-90 量表涉及 10 个评估因子(躯体化、强迫症、人际关系敏感、抑郁、焦虑、敌对、恐怖、偏执、精神病性及其他), 共计 90 道题, 每题满分 5 分, 1 分代表自我感觉良好, 无相应症状; 2 分代表自我感觉有问题, 认为存在相应的症状, 但症状不严重且不经常发生; 3 分代表认为自身存在相应的症状, 症状严重程度为轻到中度; 4 分代表认为自身存在相应的症状, 症状严重程度为中到重度; 5 分认为自身存在相应的症状, 症状严重程度

为十分严重, 且发生频率较高^[6]。患者根据自身情况, 独立判定症状严重程度和发生频率, 调查者不进行任何指导或干预。10 个评估因子具体分值如下。(1)躯体化: 主要反映是否存在身体不适感, 共计 12 道题, 总分 12~60 分, 得分小于 24 分判为身体不适感不明显, 得分高于 36 分判为存在明显的身体不适感。(2)强迫症状: 主要反映是否存在明知没有必要, 但又无法摆脱的行为, 以及认知障碍相关行为征象, 共计 10 道题, 总分 10~50 分, 得分小于 20 分判为强迫症状不明显, 得分高于 30 分判为强迫症状明显。(3)人际关系敏感: 主要反映是否存在人际交往中的不自在感、自卑感、不良自我暗示及消极期待等表现, 共计 9 道题, 总分 9~45 分, 得分小于 18 分判为人际关系正常, 得分高于 27 分判为人际关系敏感、自卑感较强。(4)抑郁: 主要反映是否存在心境苦闷、缺乏动力、生活兴趣减退等表现, 共计 13 道题, 总分 13~65 分, 得分小于 26 分判为抑郁程度弱, 得分高于 39 分判为抑郁程度强。(5)焦虑: 主要反映是否存在烦躁不安、神经过敏、紧张等表现, 共计 10 道题, 总分 10~50 分, 得分小于 20 分判为不易焦虑、烦躁、不安, 得分高于 30 分判为容易出现焦虑、烦躁、不安。(6)敌对: 主要反映是否存在敌对表现, 共计 6 道题, 总分 6~30 分, 得分小于 12 分判为不易出现敌对表现, 得分高于 18 分判为易出现敌对表现。(7)恐怖: 主要反映是否会在特定环境下产生恐怖感, 共计 7 道题, 总分 7~35 分, 得分小于 14 分判为不易出现恐怖感, 得分高于 21 分判为容易出现恐怖感。(8)偏执: 主要反映是否存在投射性思维、猜疑、妄想等表现, 共计 6 道题, 总分 6~30 分, 得分小于 12 分判为偏执症状不明显, 得分高于 18 分判为偏执症状明显。(9)精神病性: 主要反映是否存在各种类型的急性症状, 共计 10 道题, 总分 10~50 分, 得分小于 20 分判为精神病性症状不明显, 得分高于 30 分判为精神病性症状明显。(10)其他: 主要反映是否存在睡眠障碍、不思饮食等其他表现,