

- [4] 黄伟. 护理干预对肾病综合征患者生活质量的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2012, 18(25): 18-19.
- [5] Roccella M, Leggio L, Parisi L, et al. The quality of life in developing age subjects with chronic renal diseases[J]. Minerva Pediatr, 2005, 57(3): 119-128.
- [6] 曹朝晖. 心理干预对肾病综合征患儿疗效及生活质量的调查研究[J]. 中国医药指南, 2013, 11(16): 259-260, 261.
- [7] 章小雷, 黄钢, 刘敏娜, 等. 肾病综合征患儿生活质量研究[J]. 中国妇幼保健, 2005, 20(4): 485-486.
- [8] R  th EM, Landolt MA, Neuhaus TJ, et al. Health-related quality of life and psychosocial adjustment in steroid-sensitive nephrotic syndrome[J]. J Pediatr, 2004, 145(6): 778-783.
- [9] 刘晓芳, 张媛媛, 霍玲, 等. 肾病综合征 60 例家庭支持及生活质量状况调查[J]. 齐鲁护理杂志, 2009, 15(3): 11-12.
- (收稿日期: 2014-02-22 修回日期: 2014-06-22)

泌尿外科患者对疼痛知信行状况的调查研究

杨芦夏(解放军总医院南楼肿瘤内科, 北京 100853)

【摘要】 目的 调查泌尿外科患者术后疼痛知识、信念及行为的认知现状, 为制订疼痛健康教育模式提供理论依据。**方法** 调选 2009 年 1 月至 2013 年 9 月收治的泌尿系统疾病患者 80 例进行抽样分组, 通过自拟疼痛知识问卷、疼痛信念问卷、镇痛自我管理行为问卷对比传统常规疼痛健康教育对策(对照组, $n=40$)和知信行疼痛健康教育模式(观察组, $n=40$)的应用效果。**结果** 观察组术后知识问卷各项目了解及掌握情况明显优于对照组, 比较差异有统计学意义($P<0.05$); 观察组在易感性感知、行为改变的信心和优势 3 个维度比较结果差异有统计学意义($P<0.05$); 总平均分观察组的 (3.289 ± 0.694) 分与对照组的 (2.164 ± 0.361) 分比较差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 临床应用知信行健康教育模式对泌尿系统疾病患者进行健康教育指导, 能够明显提高患者对术后疼痛相关知识的了解和掌握, 坚定战胜病魔的信念, 积极促进术后镇痛自我管理行为, 从而改善疼痛度的控制效果及患者的生存质量。

【关键词】 泌尿外科; 疼痛; 知信行健康教育模式
DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2015.02.052 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2015)02-0254-03

老年泌尿系统疾病患者因受年龄、疾病、病情特点等因素影响和内分泌调节失衡、新陈代谢缓慢、免疫抵抗力薄弱等生理特点, 在术后疼痛的控制、相关知识的理解、自我管理的约束等方面存在一定局限性, 术后疼痛是困扰老年泌尿外科一个棘手而突出的问题^[1-2]。随着疼痛研究的不断深入和发展, 新的镇痛技术和缓释药物不断应用于临床界, 但仍有 50%~75% 的术后疼痛未能完全缓解和有效控制^[3]。有学者指出, 患者对疼痛感知的认识、态度及相关行为是判断术后疼痛控制是否有效的重要裁决者, 患者对疼痛及其康复理念在一定程度上影响其处理疼痛的有效性^[4]。作者对老年泌尿系统疾病患者以知信行健康教育模式为理论指导, 取得满意效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 调查对象 选择本院自 2009 年 1 月至 2013 年 9 月收治的泌尿系统疾病老年患者 80 例, 均为男性, 年龄 70~87 岁, 平均 (76.43 ± 2.57) 岁; 膀胱癌 35 例, 前列腺癌 34 例, 肾母细胞瘤 5 例, 睾丸癌 2 例, 输尿管癌 4 例。纳入标准: (1) 自愿参加本次调查研究, 且能自行完成所有问题填写; (2) 有一定的语言表达能力、理解能力和知识概括总结能力; (3) 泌尿系统疾病患者。剔除标准: (1) 有严重精神疾病及神经性疾病史者; (2) 有慢性疼痛感者; (3) 对止痛药过敏者。

1.2 调查方法

1.2.1 分组 2009 年 1 月至 2011 年 4 月收治的 40 例患者予以传统常规疼痛健康教育对策, 为对照组; 2011 年 5 月至 2013 年 9 月收治的 40 例患者予以知信行疼痛健康教育模式, 为观察组。

1.2.2 对照组 采用传统常规健康教育对策进行术后疼痛研

究, 取得患者及其家属知情同意后, 由专门负责护士于手术前 1 d 进行面对面疼痛度相关知识的教育。内容主要包含疼痛的起因、疼痛对机体生存状态的影响、疼痛的评估方法、常见的药物治疗方法和非开放性手术的优缺点及注意事项等。术后发放问卷, 统一指导填写, 当场回收并逐一核对。

1.2.3 观察组 采用知信行健康教育模式, 在对照组的基础上由相关人员成立健康教育专科小组, 受试对象于手术前 3 d 开始实施疼痛知识教育和解答。具体包括: (1) 加强术后镇痛自我管理能力, 由小组成员对择期手术患者进行疼痛知识汇总讲座, 发放《疼痛知识手册》强化调查对象对疼痛知识的理解。(2) 及时了解患者对宣教后的反馈情况以及对相关治疗的掌握程度, 对其中存在的问题和模糊概念做到详细解释。(3) 科室开放区域粘贴自我管理宣传栏, 以板报的形式强化知识概念。(4) 建立术后患者坚定求生信念, 以“个性效能”和“强化信念”为指导依据, 提高患者术后疼痛正确定位, 从而促进其成功实施和完成术后自我管理行为的信心。

1.3 评价方法

1.3.1 疼痛知识问卷 主要包括术后疼痛的诱因、危害、自控镇痛泵(PCV)、评估及镇痛策略等方面的知识, 共 5 个维度 10 条目, 均为单选题, 分为“正确”“错误”和“不了解”3 项, 答对得 1 分, 其余均不得分, 共 10 分。

1.3.2 疼痛信念问卷 主要包括严重性认知、易感性感知、行为改变信心、行为改变的优势、行动线索 5 个维度 12 个条目, 均为单选题, 采用“非常不同意”“非常同意”“同意”“不同意”“不确定”5 个等级评价, 共计 60 分。

1.3.3 镇痛自我管理行为问卷 主要包括主动评估疼痛行

为、自我护理行为、遵医嘱行为,共 9 个条目,均为单选题,分为“完全做不到”“偶尔能做到”“基本能做到”“完全能做到”4 个等级评定,总分 36 分。

1.4 问卷信度及效度检测 由专业医师进行效度检测,总体内容效度系数(CVI)为 0.875,信度检测便利选择 50 例患者,问卷总的 Cronbach α 系数为 0.889。内部 Cronbach α 系数维持在 0.888~0.933。

1.5 统计学处理 采用 SPSS19.0 进行统计处理,计量资料采用 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用非参数秩和检验,以 $P<0.05$ 表

示差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者对疼痛知识的掌握情况比较 观察组术后知识问卷各项目了解及掌握情况明显优于对照组,比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

2.2 两组患者疼痛控制信念得分比较 信念问卷调查 5 个维度比较显示,观察组在易感性感知、行为改变的信心和优势 3 个维度比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 1 两组患者对疼痛知识的掌握情况比较($\bar{x}\pm s$,分)						
组别	<i>n</i>	疼痛感的诱因	疼痛的主要危害	PCV 应用	术后疼痛的评估	临床镇痛策略
观察组	40	2.745 $\pm$ 0.473	3.994 $\pm$ 0.846	3.875 $\pm$ 0.365	2.697 $\pm$ 0.672	1.578 $\pm$ 0.436
对照组	40	1.874 $\pm$ 0.298	2.547 $\pm$ 0.347	2.362 $\pm$ 0.591	2.243 $\pm$ 0.809	1.578 $\pm$ 0.436
<i>t</i>		-3.679	-8.074	-9.981	-5.069	-4.049
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表 2 两组患者疼痛控制信念得分比较($\bar{x}\pm s$,分)						
组别	<i>n</i>	严重性认知	易感性感知	行为改变的信心	行为改变的优势	行动线索
观察组	40	2.979 $\pm$ 0.781	4.384 $\pm$ 0.679	4.237 $\pm$ 0.682	4.483 $\pm$ 0.910	3.671 $\pm$ 0.671
对照组	40	2.874 $\pm$ 0.663	3.145 $\pm$ 0.156	2.459 $\pm$ 0.671	3.068 $\pm$ 0.649	3.301 $\pm$ 0.348
<i>t</i>		-1.058	-4.324	-5.318	-6.098	-1.438
<i>P</i>		>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	>0.05

表 3 两组患者自我管理行为得分比较($\bar{x}\pm s$,分)				
项目	观察组(<i>n</i> =40)	对照组(<i>n</i> =40)	<i>t</i>	<i>P</i>
积极向医护人员了解疼痛相关知识	3.687 $\pm$ 0.691	2.038 $\pm$ 0.341	-8.388	<0.05
主动和其他病友交流镇痛控制的知识	3.934 $\pm$ 0.337	2.541 $\pm$ 0.624	-7.684	<0.05
通过多方途径了解疼痛控制相关知识	2.687 $\pm$ 0.652	1.038 $\pm$ 0.681	-8.691	<0.05
主动学习和询问有关疼痛的相关手册和宣传册	3.981 $\pm$ 0.643	2.176 $\pm$ 0.943	-10.037	<0.05
使用 PCA 时,自主控制机器操作	3.297 $\pm$ 0.672	3.058 $\pm$ 0.346	-1.721	>0.05
积极采取缓释疼痛非手术及药物治疗措施	3.175 $\pm$ 0.379	2.948 $\pm$ 0.681	-1.325	>0.05
康复活动之前,自主按压给药键	3.349 $\pm$ 0.691	2.065 $\pm$ 0.670	-3.998	<0.05
术中及术后疼痛时,主动告知医护人员	3.097 $\pm$ 0.347	2.941 $\pm$ 0.397	-1.684	>0.05
术后疼痛存在时主动要求服用止痛药物	3.348 $\pm$ 0.626	2.097 $\pm$ 0.698	-6.097	<0.05
总平均分	3.289 $\pm$ 0.694	2.164 $\pm$ 0.361	-3.059	<0.05

2.3 两组患者自我管理行为得分比较 自拟问卷共 9 个条目,总平均分观察组(3.289 $\pm$ 0.694)分与对照组的(2.164 $\pm$ 0.361)分比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

3 讨 论

3.1 泌尿外科患者疼痛知识了解情况分析 近年来,术后疼痛管理体系被临床高度重视,但其缓解效果差、部分疼痛未能缓解仍然普遍存在^[5]。以往相关研究显示,疼痛无法得到充分缓解及有效控制的因素主要包括患者、医护人员及医疗管理机构 3 个方面的原因^[6-8]。患者疼痛知识的了解情况及其对疼痛控制的认识、态度是判断术后疼痛强度的金标准,其对疼痛的治疗和管理行为会影响疼痛的有效性。因此,积极加强患者对

疼痛知识的掌握在术后疼痛自我管理中显得尤为重要。本次调查结果显示,采用知行健康教育管理模式的患者对疼痛知识的掌握程度明显优于传统常规健康教育措施,但总体掌握情况仍然较差,在各维度中最高得分为“疼痛的危害”,得分最差的为“临床镇痛策略”。分析其原因可能是医护人员对疼痛控制的重视性和相关知识匮乏,患者对医护人员过分依赖而缺乏主动参与疼痛控制的意识。

3.2 泌尿外科患者疼痛控制信念分析 疼痛是人体对组织损伤及其修复过程中的一种心理主体反应,患者对疼痛控制的态度和信心直接影响其在疼痛中采取的相应措施,进而影响疼痛控制的效率和患者的生活质量^[9]。本研究结果显示,患者对疼

痛控制信念表现较差的两个维度为“严重性认知”和“行动线索”,其严重性认知分属的条目包括“疼痛是一个长久而漫长的过程”和“疼痛是一种临床常见症状”,提示患者对疼痛存在一致的错误观念和态度,最终导致其失去战胜病魔的信心。因此,相关医护人员应该充分利用宣教和讲授的方法,纠正其错误的疼痛观念和态度。

3.3 泌尿外科患者术后镇痛自我管理行为 知信行健康教育模式主要认为卫生保健知识和信息的形成是积极促进健康信念的基础,而正确的自我管理行为是疼痛控制的动力。相关研究显示,由于泌尿系统疾病患者年龄普遍较大,身体各指标趋于老化状态,其对抗疼痛的态度和自主行为管理环节普遍薄弱,缺乏主观能动性^[10]。本研究中,采用知信行健康教育激励、鼓舞、社会支持等增强个体自我效能,使患者主动参与疼痛控制的学习,从而提高疼痛控制的效果。

综上所述,知信行健康教育能充分发挥患者的主动积极性,使患者从被动承受到主动接受的转变,最终提高术后镇痛的自我管理行为,改善疼痛控制效果并提高患者的生活质量。

参考文献

[1] 王世和,杜尚峰,陈尊波.经尿道前列腺汽化术联合电切术治疗高龄巨大前列腺增生 38 例疗效观察[J].河北医学,2013,19(01):37-39.

[2] 王跃,周文生.前列腺癌诊断及研究进展[J].中华全科医学,2010,8(3):366-367.

[3] 高其法,宋剑,丁立松,等.慢性病患者的支点作用与慢性病防控——基于知信行模型的观点[J].中国全科医学,2012,15(16):1858-1860.

[4] Hader CF, Guy J. Your hand in pain management [J]. Nurs Manage, 2004, 35(11): 21-28.

[5] 王晓庆,段培蓓,陈毓雯,等.腹部手术患者术后疼痛知识、信念及行为问卷的编制与信效度检验[J].中华现代护理杂志,2012,18(34):4096-4099.

[6] 张雪珍,韦宏文.某院护士术后镇痛知信行分析及对策[J].护理学报,2011,18(15):29-32.

[7] 李秀荣,陈玉芹,钱满芹,等.知信行模式护理健康教育在癌症疼痛患者中的应用[J].河北中医,2012,34(6):929-930.

[8] Mc Caffery M, Pasero C. Stigmatizing patients as addicts [J]. Am J Nurs, 2001, 101(5): 77-78.

[9] 王晓庆,段培蓓,陶艳,等.腹部术后患者疼痛知识、态度及行为的现状调查[J].解放军护理杂志,2013,30(4):5-8.

[10] 张捷,孙会.知信行理论模式护理干预在脑卒中患者早期康复中的应用[J].中国实用神经疾病杂志,2012,15(18):88-89.

(收稿日期:2014-03-11 修回日期:2014-11-13)

“双满意调查法”在维系产科医患关系中的应用

蒋雪玲(广西壮族自治区人民医院产科,南宁 530000)

【摘要】 目的 探讨“双满意调查法”在维系产科医患关系中的应用效果。**方法** 2013 年 4 月至 2014 年 3 月在产科实施“双满意调查法”,采用《患者对护理工作满意度调查表》和《护理人员对自身工作满意度调查表》调查患者满意度和护理人员满意度,同时检查护理工作质量,并与实施“双满意调查法”前即 2012 年 4 月至 2013 年 3 月的效果比较。**结果** 实施“双满意调查法”后,患者对护理工作满意度、护理人员对自身工作满意、护理质量均明显高于实施前($P<0.05$)。**结论** “双满意调查法”能够提高护理人员责任感和工作积极性,从而提高护理质量,改善医患关系。

【关键词】 双满意调查法; 产科; 护理质量; 医患关系
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.02.053 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2015)02-0256-03

分娩是一项自然的生理过程,产妇在孕产期不但要承受复杂的生理变化带来的种种不适,还要承担各种不良因素对分娩的影响,担心母婴安危,尤其产妇在分娩期间常有孤立无援、不安全感,因而处于高度焦虑状态^[1],故产妇及家属常对产科医务人员提出过高的要求,无疑将围生医学的高风险性转移到了产科医务人员的身上,使得产科医务人员压力加大,这也是产科医患纠纷居高不下的重要原因^[2]。本院产科自 2013 年 4 月开始,对护理人员及出院患者实施“双满意调查法”,旨在探讨一种能够提高护理质量、改善医患关系的有效护理模式。现将方法及结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 调查对象 本院产科共有护士长 1 名,护理人员 24 名;学历:本科 10 名,大专 10 名,中专 4 名;职称:主管护师 8 名,护师 10 名,护士 6 名。

1.2 调查方法 2013 年 4 月至 2014 年 3 月,对出院的产科患者均发放本院产科自行设计的《患者对护理工作满意度调查表》,调查内容包括护士接诊态度、住院环境、产前产后健康教育、沟通交流、服务态度、陪同检查等 12 项内容,每项均有满意、基本满意、不满意三个选项,满意+基本满意=满意度,由患者自行填写,自行投入调查表回收箱内,填写正确的调查表中随机抽取 860 份进行统计,作为实施后数据。选取 2013 年 4 月至 2014 年 3 月护士长对产科护理质量检查结果作为实施后数据。抽取 2012 年 4 月至 2013 年 3 月产科发放的 780 份《患者对护理工作满意度调查表》及护士长定期对护理质量的检查结果相关数据作为实施前数据。

另外,分别在 2013 年 3 月及 2014 年 3 月对产科 24 名护士发放《护理人员对自身工作满意度调查表》,调查内容包括工作环境、工作压力、绩效考核、薪水分配、人际关系、个人发展机