

• 临床探讨 •

罗伊适应模式对小儿急诊科患儿生理应激状态及家属负性情绪的影响^{*}

吕天歌,王柏春

(哈尔滨医科大学附属第一医院门诊(群力门诊),哈尔滨 150070)

摘要:**目的** 探讨罗伊适应模式对小儿急诊科患儿生理应激状态及家属负性情绪的影响。**方法** 选取 2015 年 1 月至 2016 年 3 月该院急诊科收治的因意外伤害而入院的患儿共 92 例,随机分为研究组和对照组,每组各 46 例。其中,对照组入院后接受常规护理;研究组以罗伊适应模式对患儿的情况进行分析后,施加罗伊适应模式护理。两组患儿均在入院及出院时接受视觉模拟疼痛评分(VAS 评分)评测,并且记录患儿在院期间的应激状态衡量指标,即心率和收缩压。两组患儿家属在入院及出院时均接受焦虑自评量表(SAS)及抑郁自评量表(SDS)评测。**结果** 两组患儿入院时 VAS 评分、心率和收缩压差异无有统计学意义($P>0.05$);两组患儿家属的 SAS 和 SDS 评分差异无统计学意义($P>0.05$)。出院时,研究组患儿 VAS 评分、心率以及收缩压低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);研究组患儿家属的 VAS 评分及 SDS 评分结果亦显著低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 罗伊适应模式护理理论应用到急诊科患儿的护理当中,可有效缓解患儿生理应激状态,并且对于控制患儿家属负性情绪也具有积极的作用。

关键词:罗伊适应模式; 急诊科; 儿科; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.05.030 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2017)05-0680-03

罗伊适应模式是由美国著名护理理论家于 20 世纪 60 年代提出的护理理论体系,该理论认为护理工作的开展应当立足于患者所受的外界刺激,针对性地开展护理工作^[1];同时,患者的情感也应当被考虑为影响医疗及护理效果的因素。1999 年,罗伊又对罗伊适应模式理论进行了补充,补充发展了自我一致性对于维持人体自身生理状态平衡及健康的作用,进一步发展,完善了罗伊适应模式在护理工作中的应用^[2-3]。目前,罗伊适应模式护理理论已经被越来越多的人了解,并实践于护理工作当中,取得了一定的成效^[4-6]。

急诊科在现代医疗体系中占据着重要地位,是医院重症患者最集中、病种最多、任务最重的科室。小儿急诊科是急诊科的一个分支,主要接收各种患儿并进行诊疗及护理^[7]。儿科急诊相对于其他急诊,除了急诊科一般特点外,还具有以下特征:患儿以婴儿为主,平均年龄小;疾病以呼吸道疾病及神经系统疾病为主^[8];患儿情绪较难安抚;医治及护理依从程度通常不佳,家属情绪不稳定等^[9]。通过施予恰当有效的护理手段,一方面可以降低患儿生理应激状态,提高患儿对于医疗措施的依从程度;另一方面,可以稳定家属情绪,对于患儿家属医患关系的控制具有积极作用。本研究中,选定本院收治的生理应激状态较为激烈的外伤急诊患儿作为研究对象,对接受不同护理方式的患儿的生理应激指标及家属负性情绪进行了评估,为更好地开展急诊科患儿护理工作,以及罗伊适应模式护理理论在急诊科患儿护理工作中的应用提供了科学依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2015 年 1 月至 2016 年 3 月因意外伤害而进入小儿急诊的 92 例患儿为研究对象,随机分为研究组和对照组,每组各 46 例。纳入标准:无非意外伤害的其他疾病;智力发育正常,具备正常的语言交流及认知能力;患儿家属愿意配合研究工作。患儿信息均详细记录。两组患儿的性别、年龄、致伤原因等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表 1。

1.2 方法

1.2.1 对照组 对照组患儿接受常规护理,护理人员遵循医

嘱开展干预护理,同时对患儿家属进行针对患儿伤病方面的理论指导及讲解,并且做好对患儿家属的情绪安抚工作。护理工作主要涵盖以下几方面:(1)辅助医生进行创口的处理及治疗;(2)若患儿住院,则需要在住院期间为患儿提供药物更换、创口清洁、起居照顾等护理内容;(3)对于无需住院治疗的患儿,则需要明确告知患儿家属出院后的注意事项及保持随访。

表 1 研究对象一般资料比较

组别	<i>n</i>	性别(<i>n</i>)		年龄 ($\bar{x}\pm s$,岁)	致伤原因(<i>n</i>)				
		男	女		高处跌落	交通事故	刺伤	砍伤	其他
研究组	46	29	17	9.2±1.3	12	9	10	11	4
对照组	46	28	18	8.9±1.1	14	11	7	10	4
χ^2/t		0.046		1.154	0.931				
<i>P</i>		>0.05		>0.05	>0.05				

1.2.2 研究组 依据罗伊适应模式护理理论的要点,针对外伤患儿的生理及心理模式,首先对该研究组患儿进行生理状况适应性及环境心理适应性的分析。初步分析显示,从生理状况角度来看,患儿对外伤所致疼痛的适应性 with 外伤所处部位、外伤创口类型、外伤创口大小以及就诊时外伤发展程度有关;其固有刺激为外伤所致的疼痛感以及护理过程中无法避免而造成的不适感。从心理模式的角度来看,就诊患儿最主要有角色功能的适应性及相互依赖适应性;其中,对于角色功能适应性,其固有刺激为医院环境、医护人员;对于相互依赖适应性,主要影响因素为医护陪伴、家人陪伴及对病房熟悉程度。针对以上影响患儿对疾病及所处环境综合适应性的影响因素,制订如下护理策略:(1)对于外伤创口情况不严重或较为严重,但无需住院治疗的患儿,在医疗及护理过程中,采用趣味化诱导的方式^[10],转移患儿对病痛及医疗护理过程中产生的不适感的注意力,同时可施加鼓励或奖励,提高患儿依从性。(2)对于外伤情况严重,需住院长期治疗的患儿,一方面教授患儿缓解疼痛

^{*} 基金项目:黑龙江省卫生厅课题(D201117)。

的一些方法,如腹式呼吸训练;另一方面固定护理人员,增加陪护时间,同时保持与患儿及其家属的良好沟通,使患儿在住院期间尽快熟悉所处环境及相关陪护人员。(3)在护理过程当中(如更换纱布、药物、清创等),尽量在减少疼痛感的同时,转移患儿注意力,(4)护理人员可适当增加与患儿的肢体接触,建立信赖关系及提高患儿信心和依从性。(5)护理人员积极与患儿家属沟通,疏导其对于患儿的忧虑。

1.3 观察指标 (1)两组患儿在入院及出院时均接受视觉模拟疼痛评分(VAS 评分)评测,并记录其在受护理期间的心率及收缩压,以反映其生理应激状态。VAS 评分一般用于对患者的疼痛感进行评分。本研究中,患儿入院及出院时,均接受由护理人员开展的 VAS 评分,具体做法如下:向患儿简单解释后,在护理人员的引导下让患儿在 VAS 评分卡上划出能代表自己疼痛程度的刻度线,进而完成评分过程。(2)两组患儿家属均于入院和出院时接受焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)进行调查。SAS 评分和 SDS 评分以反映患儿家属在

患儿就诊治疗期间的负性情绪。由于患儿和其家属之间存在的紧密联系,患儿的受伤状况及就诊治疗和护理过程中的生理应激状态也可能影响到患儿家属,进而产生负面情绪。

1.4 统计学处理 采用 SPSS20.0 统计软件进行统计分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患儿入院及出院时生理应激状况比较 入院时,两组患儿 VAS 评分、心率以及收缩压差异均无统计学意义($P > 0.05$);出院时,两组患儿的 VAS 评分、心率及收缩压相对入院时均有降低,表明急诊处理及护理对于患儿的生理应激状态具有缓解作用;相比对照组,研究组患儿出院时的 VAS 评分、心率及收缩压均明显低于对照组($P < 0.05$),表明以罗伊适应模式为理论基础的护理策略对于患儿应激状态的平复及对疼痛注意力的转移具有积极的作用。见表 2。

表 2 两组患儿入院及出院时生理应激状况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	入院时			出院时		
		VAS 评分(分)	心率(次/分)	收缩压(mm Hg)	VAS 评分(分)	心率(次/分)	收缩压(mm Hg)
研究组	46	7.3±1.3	86±4	134±15	3.7±1.1	71±5	112±12
对照组	46	7.2±1.1	85±5	133±14	6.1±1.3	80±5	126±11
t		0.980	1.059	0.331	9.562	8.629	5.833
P		>0.05	>0.05	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组患儿家属负性情绪比较 两组患儿家属在入院时负性情绪评分差异无统计学意义($P > 0.05$);出院时的评分结果显示,研究组患儿家属的负性情绪评分明显低于对照组($P < 0.05$),从一定程度上表明研究组患儿在治疗和护理过程中的生理应激状态相对于对照组更加平缓。见表 3。

表 3 两组患儿家属负性情绪比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	入院时		出院时	
		SAS 评分	SDS 评分	SAS 评分	SDS 评分
研究组	46	57±4	56±5	47±3	43±4
对照组	46	58±5	55±5	54±4	51±4
t		1.059	0.959	9.498	9.592
P		>0.05	>0.05	<0.05	<0.05

3 讨 论

小儿急诊救治患儿是一类特殊的临床患者,由于患儿依从性通常较差,其护理工作相对其他科室较难开展,因此,提高儿科急诊患儿对医疗工作及护理工作的依从性,是儿科急诊护理中的一个重要内容。对于因意外伤害而入院的急诊科患儿,其固有刺激为创口疼痛感以及医疗和护理过程当中产生的不适感,由这些刺激引发的不适通常会导致患儿产生一系列生理应激状态,如收缩压、心率的升高,抗拒行为的产生,如啼哭、挣扎等。近些年来,越来越多的护理理论开始被应用到急诊科患儿的护理工作当中,如心理干预等^[11],对急诊科患儿的护理理论及手段的完善产生了积极的影响^[12]。

本研究旨在运用罗伊适应模式护理理论,对外伤患儿的外界刺激因素(主要包括生理刺激及环境刺激)进行初步分析后,

制订相应的护理策略,帮助患儿适应治疗期间的自身生理状态模式和就诊的环境模式,平复其情绪,使得医疗及护理工作可以更加顺利地开展。研究结果表明,运用罗伊适应模式护理理论,对外伤急诊患儿的自身生理状态、环境的适应情况及外部刺激进行分析后,采取的策略性护理内容,如就诊及护理过程中注意力的转移,疼痛缓解的训练,患儿-医护人员依赖关系的建立,患儿积极心态的重塑等措施,可以有效控制患儿生理应激状态。本研究结果显示,出院时研究组患儿 VAS 评分、心率以及收缩压均低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

此外,针对目前复杂紧张的医患关系,患儿家属的负性情绪也被纳入了研究的考量指标中^[13-14]。研究结果表明,研究组患儿家属的 SAS 评分及 SDS 评分结果亦显著低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。患儿在就诊及护理过程当中,的应激状态的强烈程度对家属的负性情绪有一定的作用,通过策略性的护理工作改善患儿的应激状态强烈程度,有助于安抚家属心理,控制其负性情绪。

急诊科患儿病种具有多种类型,意外伤害只是其中一部分,通过本研究对罗伊适应模式护理理论对外伤患儿的生理应激状态的影响情况,初步说明该模式理论对于急诊科患儿护理实践工作的可行性,但综合的效果评价还应扩大研究范围,对其他类型的患儿也进行该理论的验证性研究。

参考文献

[1] 高晨晨,姜安丽. 罗伊适应模式理论新进展评介[J]. 护理研究,2013,27(11):964-966.
[2] 戴海燕,梁丽萍,程思琴,等. 罗伊适应模式对创伤性截肢患者护理效果影响的临床研究[J]. 齐齐哈尔医学院学

- 报,2010,31(2):277-278.
- [3] Krishnamurthy A, Villongco CT, Chuang J, et al. Patient-Specific models of cardiac biomechanics[J]. J Comput Phys, 2013, 244(1):4-21.
- [4] 张丽,唐雯琦,章左艳. 临床护士对罗伊适应模式护理理论的认知调查[J]. 护理研究, 2012, 26(12):1096-1097.
- [5] 孟昕,胡晶敏,杨萍. 罗伊适应模式在心绞痛患者护理中的应用[J]. 世界中西医结合杂志, 2012, 7(4):348-350.
- [6] 张聪慧. 对癌痛患者实施个性化心理护理的效果观察[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2009, 12(24):82-83.
- [7] 樊琳. 9 600 例儿科急诊患儿疾病谱和临床特征分析[J]. 中国初级卫生保健, 2014, 28(6):63-64.
- [8] 郭任,麻爱军. 护患沟通在小儿急诊科工作中的应用[J]. 临床医学工程, 2016, 23(1):115-116.
- [9] 武艳,付沫,徐琴,等. 罗伊适应模式对老年心血管疾病患者院内生活质量的影响[J]. 心脑血管病防治, 2016, 15(2):160-162.
- [10] 赵博伦. 罗伊适应模式护理评估工具的构建与应用[J]. 护理研究, 2014, 28(8):905-906.
- [11] 梁彩薇,伍结珊,陈彩云. 罗伊适应模式在急性心肌梗死康复期护理中的应用[J]. 中华全科医学, 2012, 10(11):1807.
- [12] 张洁,郭树梅. 小儿危重病护理评分法对于小儿护理的干预指导分析[J]. 成都医学院学报, 2012, 7(2):331-332.
- [13] 张玲,梁燕芳. 护理干预对住院精神障碍病人家属负性情绪和生活质量的影响[J]. 护理研究, 2013, 27(22):2370-2371.
- [14] 谢菁,李云. 乳腺癌病人家属正性负性情绪相关因素研究[J]. 护理研究, 2013, 27(13):1191-1193.
- (收稿日期:2016-09-06 修回日期:2016-11-27)
- 临床探讨 •

护理干预用于慢性肾功能不全患者药物性脑病的效果^{*}

党建辉

(海南医学院第二附属医院东湖院区内科,海口 570203)

摘要:**目的** 分析在慢性肾功能不全并发药物性脑病患者中实行护理干预的临床效果。**方法** 选取该院收治的 88 例慢性肾功能不全并发药物性脑病患者,采用随机数字表法分为两组,每组各 44 例。对照组患者给予基础护理干预,观察组给予综合护理干预,对比两组患者在实施不同护理干预前后,各生化指标的改善情况和近期临床作用效果,以及对护理方式的满意程度。**结果** 观察组患者的尿蛋白为(56.38±14.94)mg、血肌酐为(87.26±27.13)μmol/L、血尿素为(277.96±86.72)mmol/L、血尿酸为(4.89±1.03)mol/L,优于对照组[尿蛋白(78.66±29.52)mg、血肌酐(65.77±32.63)μmol/L、血尿素(333.74±98.32)mmol/L、血尿酸(6.75±2.77)mol/L],差异有统计学意义(*t* 分别为 4.47、3.35、2.82、4.19, *P*<0.05);观察组患者的临床有效率(93.18%)显著优于对照组(77.27%),差异有统计学意义($\chi^2=4.42$, *P*<0.05);观察组患者的满意度(93.18%)与对照组(65.91%)相比明显提高,差异有统计学意义($\chi^2=10.06$, *P*<0.05)。**结论** 在慢性肾功能不全患者药物性脑病的治疗中护理干预起着关键性作用,可以进一步改善患者的临床症状,加强对患者各个方面的护理,利于患者疾病的康复。

关键词:慢性肾功能不全; 药物性脑病; 护理干预

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.05.031 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2017)05-0682-03

慢性肾功能不全多采用头孢类抗菌药物进行治疗,该治疗方式具有抗菌广泛、杀菌能力强和临床不良反应少等优点,因此应用较为广泛,但是该类药物经肾脏排泄,会严重影响患者的肾清除率,引起药物和代谢产物在肝脏内滞留,最终导致神经系统发生障碍而出现药物性脑病^[1-2]。临床经验发现,在治疗慢性肾功能不全并发药物性脑病过程中护理起着重要的作用,不同的护理方式对患者治疗效果会造成一定影响。为进一步分析护理干预路径在治疗慢性肾功能不全并发药物性脑病中的临床作用,本研究选取本院患者进行分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 6 月至 2015 年 6 月在本院进行治疗的 88 例慢性肾功能不全并发药物性脑病患者,采用随机数字表法分为两组,每组各 44 例。对照组男 22 例,女 22 例;年龄 18~65 岁,平均(42.67±14.28)岁;每月透析次数 4~12 次,平均(7.34±2.53)次。观察组男 23 例,女 21 例;年龄 17~68 岁,平均(43.78±16.89)岁;每月透析次数 3~13 次,平均

(7.12±2.73)次。纳入标准:(1)患者发生代谢性酸中毒和水电平衡紊乱、糖代谢异常、精神异常等;(2)使用抗菌药物前无任何精神异常症状,服用药物后出现认知能力异常、意识障碍、情绪不稳定、胡言乱语,甚至出现痉挛和抽搐症状;(3)均符合慢性肾功能不全并发药物性脑病诊断标准;(4)均自愿参与研究并签署协议书,积极配合临床各项操作。两组患者的年龄、性别、透析次数等一般资料比较,差异无统计学意义(*P*>0.05),具有可比性。

1.2 方法 对照组患者给予基础护理干预,即常规的口头宣教及用药指导等;观察组给予心理、安全、饮食等方面的综合护理干预,具体实施如下。

1.2.1 心理护理 医护人员根据患者文化、背景不同,选择相应的沟通方式。护理过程中,多巡视病房,在与患者沟通过程中应热情、耐心、细致,增加患者对护理人员的信任感,以精心的护理和精湛的技术为患者提供服务,减轻患者的焦虑不安情绪,密切观察护理期间患者的情绪变化,并及时疏导。在心理

^{*} 基金项目:海南省卫生厅课题(琼卫 2011-73)。