- [3] 苏善宁,曾自力. 中下段食管癌三维适形放疗不同照射方法对剂量分布的影响[J]. 中国医学物理学杂志, 2014, 31(6):5249-5252.
- [4] LIN JC, TSAI J T, CHANG C C, et al. Comparing treatment plan in all locations of esophageal cancer: volumetric modulated arc therapy versus intensity-modulated radiotherapy [J]. *Medicine(Baltimore)*, 2015, 94(17):e750.
- [5] 齐洪涛, 张小涛. 放疗心脏毒性机制及预防措施的研究进展[J]. *中华肿瘤防治杂志*, 2015, 22(10):814-818.
- [6] HODAPP N. The ICRU 83: prescribing, recording, and reporting intensity-modulated photon-beam therapy (IM-RT)[J]. *Strahlenther Onkol*, 2012, 188(1):97-99.
- [7] VAN'T RIET A, MAK A C, MOERLAND M A, et al. A conformation number to quantify the degree of conformality in brachytherapy and external beam irradiation; application to the prostate [J]. *Int J Rad Oncol Biol Phys*, 1997, 37(3):731-736.
- [8] HAWKINS M A, BEDFORD J L, WARRINGTON A P, et al. Volumetric modulated arc therapy planning for distal oesophageal malignancy [J]. *Br J Radiol*, 2012, 85(1009):44-52.
- [9] STEVEN H, WANG L, MYLES B, et al. Propensity score-based comparison of long-term outcomes with 3-dimensional conformal radiotherapy vs. intensity-modulated radiotherapy for esophageal cancer[J]. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 2012, 84(5):1078-1085.
- [10] 刘强, 阳覃竹, 冉付荣, 等. 颈胸上段食管癌两种固定方式放疗摆位误差的对比研究[J]. *检验医学与临床*, 2016, 13(7):881-882.
- [11] MANDRAFFINO G, DALBENI A, PAUNOVIC N, et al. Radiation-induced heart and vessel atherosclerosis disease [J]. *Int J Cardiol*, 2014, 172(2):505-506.
- [12] STEWART F A, SEEMANN I, HOVING S, et al. Understanding radiation-induced cardiovascular damage and strategies for intervention[J]. *Clin Oncol*, 2013, 25(10):617-624.
- [13] BOERMA M. Experimental radiation-induced heart disease: past, present, and future[J]. *Radiat Res*, 2012, 178(1):1-6.
- [14] 吴迪, 王晓磊. 食管癌调强放疗中放射性心肌及肺损伤的临床研究[J]. *中国医学前沿杂志*, 2014, 7(5):115-117.
- [15] UMEZAWA R, JINGU K, TAKASE K, et al. Magnetic resonance imaging flinging of radiation-myocardial damage in patients with esophageal cancer[J]. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 2013, 87(2):S291-S292.
- [16] 周媛媛, 张思杏, 郑青平, 等. 胸中段食管癌三维适形放疗与简化调强放疗技术的剂量学比较[J]. *实用肿瘤学杂志*, 2014, 28(2):140-143.
- [17] 陈丽, 谭飞, 武文娟, 等. 胸中段食管癌调强放疗照射野设计探讨与分析[J]. *现代肿瘤医学*, 2017, 25(6):942-944.

(收稿日期:2018-01-15 修回日期:2018-05-21)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2018.19.028

心理行为干预对提高规范化培训护士社交能力的实证研究^{*}

母艳玲, 舒红梅, 谢楠[△]

(四川省遂宁市中心医院消化中心五病区 629000)

摘要:目的 探讨心理行为干预对规范化培训护士(简称规培护士)社交能力的影响。方法 选择 2011—2012 年该院招收的规培护士 209 例, 对其进行心理行为干预, 采用社交回避及苦恼量表(SAD)比较其干预前后社交能力的差异。结果 心理行为干预后, 规培护士的社交回避、社交苦恼及 SAD 总分均低于培训前, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。培训前后规培护士职业认知度、沟通表达能力, 出科时患者的满意度等方面的评分差异有统计学意义($P < 0.05$)。不同学历的规培护士 SAD 评分差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 心理行为干预运用于护士规范化培训中, 能提高护士社交能力, 加强护患沟通, 有利于和谐护患关系的构建。

关键词:心理行为干预; 规范化培训; 社交能力

中图分类号:R473.5

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2018)19-2937-04

护理工作是一项需要体力及脑力相结合的双重劳动, 尤其对于规范化培训护士(简称规培护士), 其从事高强度、高责任的工作, 易产生巨大的心理压力^[1]。规培护士社交能力的压力表现在回避社交的倾向及身临其境时的苦恼感受, 在社交情境中有负向情感和不舒服的体验^[2]。而临床护理工作需不断地进行认知和行为矫正^[3], 加强护患沟通, 保证和

谐护患关系的构建。本研究旨在探讨心理行为干预对规培护士社交能力的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2011—2012 年共纳入 213 例规培学员为研究对象, 其中 2011 年 104 例, 2012 年 109 例, 年龄 18~27 岁, 中位年龄 22 岁。共发放问卷 213 份, 剔除无效问卷(资料不全)4 份, 回收 209 份, 有效

* 基金项目:四川省基层卫生事业发展研究中心课题(SJWF1327)。

[△] 通信作者, E-mail: xn1974@163.com。

问卷 209 份,有效回收率 98.1%。纳入标准:2011 年 1 月至 2012 年 12 月本院招收的规培护士,年龄 ≥ 18 岁,愿意接受调查并签署知情同意书。排查标准:患有精神、心理疾病不能配合完成数据收集,拒绝参加的调研者。

1.2 心理行为干预方法 整个心理干预方法采用 PDCA 循环法进行,即计划—实施—检查—总结。拟定培训计划,并组织实施:利用岗前培训机会,给规培护士讲解在临床工作中可能出现的场景及应对方式。培训中期,设置心理行为、有效沟通情景模拟课程,培训规培护士的认知及应对能力。临床轮转期间,组织规培护士参与护理部或医院组织的演讲比赛、文艺汇演等,培养规培护士的表达能力。参与医院大型应急演练,如火灾、地震、大型车祸伤救治、突发公共卫生事件等,培养规培护士的综合应急能力。组织并参加科室内的讲课、护理教学查房、书写个案报道;组织并参与患者之家、病友会、工休座谈会等,要求规培护士全程参与,主动发言,与患者“面对面”进行健康宣教。临床工作中,实施导师制“一对一”带教,带教老师着重关注规培护士的社交表现,对规培护士临床工作中存在的沟通误区及偏差给予及时纠正,对规培护士工作中出现的沟通困难予以及时的帮助,对规培护士沟通中遇到的委屈予以开导与劝解,鼓励规培护士树立自信心。护理部及片区教学质量控制人员抽查带教老师对学员的了解情况,学员离开科室前,对学员进行教学满意度调查及反馈。通过与身心医学科合作检查心理干预的效果,规培护士每结束一个科室的轮转后,由专业的心理专家对其进行心理评估与心理学干预。最后通过带教老师、学员及心理专家的反馈不断完善干预方法。

1.3 调查工具 调查问卷包括 3 个部分:第 1 部分为基本资料问卷,内容包括性别、年龄、学历、家庭背景、婚姻状况、学校性质、学生来源。第 2 部分采用社交回避及苦恼量表(SAD)评价社交能力。该量表的内部一致性信度高,Cronbach'α 系数接近 0.90。该表含有 28 个条目,其中 2、4、8、9、13、17、18、19、21、22、24、25、26、27 项为回避分量表,1、3、5、6、7、10、11、12、14、15、16、20、23、28 项为焦虑分量表。采用 5 级评分法,分数越高说明其社交回避及苦恼程度越高^[4]。第 3 部分为护士培训认知调查表(自制),该量表的内部一致性信度高,Cronbach'α 系数接近 0.80。从规培护士对职业认知度、入科及出科时患者的满意度、沟通能力、社交公共场合及陌生场合表现自如等方面进行比较,采用 5 级评分法。

1.4 调查方法 本研究所有调研对象均自愿参加研究。统一培训调查员,调查员在心理行为干预前及干预后分别发放调查问卷,被调查者采用匿名方式进行,独立完成问卷,疑问采用统一解答方式,完成问卷后及时回收,剔除不完全填写及字迹不清等无效

问卷。

1.5 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件进行统计分析,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 *t* 检验,计数资料以率表示,组间比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 研究对象一般情况 209 例规培护士中男 3 例,女 206 例;大专 132 例,本科 75 例,硕士 2 例;学员类型:社会 132 例,委托 32 例,本院轮转 45 例;家庭背景:农村 91 例,城镇 118 例;未婚 203 例,已婚 6 例。

2.2 规培护士社交回避及苦恼比较 培训前,研究对象中存在社交回避和社交苦恼的分别占 23.4% (48/209) 和 18.7% (39/209)。培训后,研究对象中存在社交回避和社交苦恼的分别占 12.9% (27/209) 和 12.0% (25/209)。培训前后 SAD 总分分别为 (11.39 ± 6.58) 分和 (9.72 ± 6.86) 分,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 培训前后 SAD 评分比较 ($n = 209, \bar{x} \pm s, \text{分}$)

项目	培训前	培训后	<i>t</i>	<i>P</i>
社交回避	5.65 ± 3.42	4.75 ± 3.37	10.493	0.001
社交苦恼	5.35 ± 3.39	4.26 ± 3.26	7.984	0.001
SAD 总分	11.39 ± 6.58	9.72 ± 6.86	4.018	0.001

2.3 研究对象的个人社会特征与 SAD 评分的关系 将培训前后 SAD 评分进行比较,一般资料中性别、是否独生子女、民族、专业满意度之间 SAD 评分差异无统计学意义 ($P > 0.05$),不同学历的 SAD 评分差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 研究对象基本资料与 SAD 的相关性分析 ($\bar{x} \pm s, \text{分}$)

项目	<i>n</i>	SAD 评分	<i>t/F</i>	<i>P</i>
性别				
女性	206	10.3 ± 6.2	0.388	0.698
男性	3	8.9 ± 6.4		
独生子女				
是	118	11.9 ± 5.9	0.120	0.905
否	91	11.8 ± 6.1		
少数民族				
是	10	10.9 ± 6.7	0.00	1.000
否	199	10.9 ± 6.5		
学历				
本科及以上	77	11.8 ± 6.2	2.641	0.009
专科	132	9.5 ± 6.0		
专业满意度				
不满意	52	10.8 ± 4.6	0.098	0.941
中等满意	46	10.6 ± 5.8		
满意	111	10.9 ± 6.2		

2.4 培训前后规培护士对教学管理满意度比较 培训前后规培护士在职业认知度、出科时患者的满意度、沟通表达能力等方面的评分差异有统计学意义

($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 培训前后规培护士对教学管理满意度比较 ($n = 209, \bar{x} \pm s, \text{分}$)

项目	培训前	培训后	<i>t</i>	<i>P</i>
职业认知度	7.15 ± 0.36	8.75 ± 0.46	42.834	0.001
入科时患者的满意度	8.33 ± 0.19	8.29 ± 0.16	1.807	0.072
出科时患者的满意度	7.34 ± 0.42	8.27 ± 1.51	10.504	0.001
沟通、表达能力	8.19 ± 0.31	8.79 ± 0.19	12.946	0.001
能流畅表达自身想法、思维	7.19 ± 0.61	8.86 ± 0.34	11.893	0.001
能在社交公共场合、陌生场合表现自如	8.34 ± 0.11	9.38 ± 0.43	6.773	0.001

3 讨 论

护士规范化培训是针对护士专业毕业生在正式上岗前接受的培训^[5],是规培护士正式进入临床岗位前的重要起点,对护士职业生涯影响深远。规培护士在提高业务素质和服务水平的过程中逐渐成长为临床护士,同时工作强度及专业性也相应转变^[6]。然而对于规培护士,一方面,特别在培训初期,职业认知度低及专业知识的欠缺是普遍存在的问题;另一方面,临床工作负荷重,生活无规律,以及面临将来的职业规划、就业压力等现实问题,会带来很大的心理压力和负担^[7]。同时护理工作既需处理好与患者及家属关系,又需要医护关系的支持、协助,以及护理对象的理解、配合。面对这些不同的年龄、文化层次及社会背景的人群,培训期间必须具有良好的人际沟通技巧和社交能力,才能有效开展工作。除了面对不同社会关系之外,培训期间所处的医院环境也是复杂的,生物安全、放射、意外伤害、陌生的规章制度、工作流程等,使规培护士承受了巨大的身心压力,长期下去必然导致社交主观的苦恼及行为上的回避。回避是一种行为表现,苦恼则为情感体验,直接影响社交能力和护理质量^[8]。

医患关系日趋敏感而紧张,矛盾冲突愈演愈烈。整个就医过程中护士的工作贯穿始终,护患之间的冲突风险相对要更高一些^[9]。在目前的医疗环境中,部分人群对医护认知不对,对护理工作存在偏见^[10]。在长期医患冲突与高强度工作负荷情况下,规培护士可能会感到身心俱疲、焦虑抑郁,从而出现社交回避和苦恼。社交回避和苦恼外在表现为紧张流汗、心跳加快、发抖等;内在表现为被过分关注及负面投向,因此表现为主观逃避^[11]。本研究显示,规培护士在培训前社交回避、社交苦恼及 SAD 总分均高于培训后 ($P < 0.05$)。分析其原因,规培护士刚离开学校,步入社会,正处于适应社交活动的重要阶段,但由于忧虑和回避社交活动,社交技能锻炼机会减少,严重阻碍了社交能力发展。在临床工作中,规培护士经过较长时间护理实践与患者或家属接触,其社交能力可能会有一定的提升,但社交能力改善程度差异会很大。从表 2 可知,不同学历的规培护士 SAD 评分差异有统计学意义 ($P < 0.05$),学历层次越高,其自我社交能力的提

升更明显。但社交能力的自我提升还可能与性格与经历相关,如果缺乏系统性心理教育与专业人员干预,则总体提升度不高。而在经过系统的心理学教育、社交能力培训、专业人员的心理辅导后,规培护士的社交水平有明显提高,主要表现在与患者或家属更能有效沟通与心理素质提高。另一方面系统框架式培养沟通技巧,提高服务意识,并将质量服务意识贯穿于护理工作全过程,也可增进护患关系,降低护理纠纷、差错发生率^[12]。

研究中,整个心理干预过程采用 PDCA 循环法进行。邓银萍等^[13]认为采用 PDCA 模式对规培护士进行培训,不仅可提高其培训水平,还可通过不断发现其薄弱环节,在总结改进中得到提升,使质量呈阶梯式的上升趋势。从表 3 可见,通过 PDCA 循环法的心理干预后,患者对规培护士的满意度有提高,规培护士的职业认知度及沟通能力均有提高,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

综上所述,医疗模式已经转变成生物-心理-社会模式,在治疗的同时患者可享受轻松愉快的环境和心境。而护患关系牵扯到严峻社会问题,规培护士只有在护理工作中不断规范护理行为、加强护患沟通,才能有利于和谐护患关系的构建。同时规培护士社交回避及苦恼现状较严重,尚需重点关注社交能力的培养,提高护士的社交能力,建立融洽的护患关系。关注护士心理健康状态,了解护士的社交焦虑,对培养护士积极的心理品质,改善护士的心理健康状态具有非常深远的意义,是目前临床教育工作的重点^[14]。

参考文献

- [1] 李翠芬. 心理干预在低年资护士规范化培训中的应用[J]. 中国民康医学, 2011, 23(12): 1548-1550.
- [2] 谭其玲, 马登艳, 谷波. 规范化培训护士培训初期焦虑状况调查分析[J]. 现代预防医学, 2011, 38(15): 3034-3035.
- [3] ANNESI J J. Effects of minimal exercise and cognitive behavior modification on adherence emotion change self-image and physical change in obese women[J]. Percept Mot Skills, 2000, 91(1): 322.
- [4] 杨静, 袁丽, 陈晶晶. 规范化培训护士职业自我概念现状调查分析[J]. 华西医学, 2012, 27(4): 593-597.
- [5] 杨姝雅, 胡静, 张萌, 等. 规范化培训护士心理资本与专业

- 自我概念和职业倦怠的关系[J]. 预防医学, 2017, 29(2): 209-211.
- [6] 符卓, 黄芬, 韩玉仙, 等. 专职带教对规范化培训护士焦虑抑郁情绪的影响[J]. 实用临床医学, 2012, 13(9): 99-100.
- [7] 陈凤姣, 李继平, 马芳, 等. 规范化培训的低年资护士护理能力现状及影响因素调查[J]. 中华护理杂志, 2012, 47(12): 1099-1102.
- [8] 王雪梅, 张静, 雷素华. 规范化培训护士 116 名心理压力调查分析[J]. 齐鲁护理杂志, 2012, 18(36): 51-52.
- [9] 黄金洋, 荣风菊, 张贺, 等. 护患矛盾冲突相关因素分析及防范对策[J]. 微量元素与健康研究, 2016, 33(4): 5-7.
- [10] 王雪文. 新护士规范化培训和管理中存在的问题及对策[J]. 实用护理杂志, 2003, 19(4): 67.
- [11] 陈善泽, 林征. 规范化培训护士临床护理能力评估的实施与评价[J]. 江苏医药, 2010, 36(8): 988-989.
- [12] 焦咏, 高涌, 项同生, 等. 目标管理法在新护士规范化培训中的应用效果[J]. 蚌埠医学院学报, 2014, 39(2): 259-261.
- [13] 邓银萍, 黄晓, 杨婕. PDCA 循环法对提高规范化培训护士操作技能效果的研究[J]. 华西医学, 2015, 30(11): 2169-2170.
- [14] 郭俊梅. 实习护士羞怯量表结果判定及其求职影响的分析[J]. 深圳中西医结合杂志, 2015, 25(12): 166-168.

(收稿日期: 2018-01-16 修回日期: 2018-05-27)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2018. 19. 029

NLR、WBC 对毒蛇咬伤严重程度的预测价值*

谷小玉, 刘小真, 梁伟新, 黄尚书, 冯伟兆, 赖勇强, 朱明章, 李志宏, 黄启顺, 何家明
(广东省佛山市高明区人民医院普外科 528500)

摘要:目的 探讨中性粒细胞/淋巴细胞比值(NLR)、白细胞计数(WBC)对毒蛇咬伤严重程度的预测价值。方法 对 2015 年 5 月至 2017 年 5 月该院收治的 124 例毒蛇咬伤患者的临床资料进行回顾性分析。依据病情严重程度分为危重型组、重型组和轻型组;危(重)型患者包括危重型患者及重型患者。比较各组的一般情况、WBC 及 NLR。采用受试者工作特征(ROC)曲线分析 NLR、WBC 对毒蛇咬伤严重程度的预测价值。结果 3 组间的 NLR、WBC 比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$), 危重型组 NLR、WBC 高于重型组、轻型组;重型组 NLR、WBC 高于轻型组。受试者工作特征(ROC)曲线分析结果显示, 预测危重型毒蛇咬伤严重程度, NLR 曲线下面积为 0.785(95%CI: 0.636~0.933, $P=0.000$), WBC 曲线下面积为 0.705(95%CI: 0.659~0.934, $P=0.000$)。预测危(重)型毒蛇咬伤严重程度, NLR 曲线下面积为 0.702(95%CI: 0.593~0.811, $P=0.000$), WBC 曲线下面积为 0.797(95%CI: 0.595~0.814, $P=0.000$)。结论 NLR、WBC 是预测毒蛇咬伤严重程度的有用指标。

关键词:中性粒细胞/淋巴细胞比值; 白细胞计数; 毒蛇; 咬伤; 受试者工作特征曲线

中图分类号:R595.8

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2018)19-2940-04

广东佛山市高明地区处于南方, 山地丘陵较多, 属蛇咬伤多发地区, 以青竹蛇、五步蛇、蝰蛇等较为常见。毒蛇咬伤后毒液进入人体后通过血液及淋巴循环迅速扩散, 引起局部或全身炎症反应, 损伤人体多个系统, 严重者出现全身炎症反应综合征及多器官功能衰竭、甚至死亡^[1]。据报道, 蛇咬伤病死率为 3%~5%, 致残率为 25%~30%^[2]。毒蛇咬伤后病情严重程度的评估对治疗对策及预后尤为重要^[3]。目前国内外有研究认为血栓弹力图^[4]、凝血功能指标^[5]、磷酸肌酸激酶同工酶和血清乳酸脱氢酶^[6]对判断病情具有重要的作用。寻找一些早期、客观的指标衡量毒蛇咬伤的严重程度对协助评估病情, 作出更迅速、准确的处置具有重要意义。中性粒细胞/淋巴细胞比值(NLR)是一个新的炎症指标, 在多种疾病预后及疾病严重程度的预测方面得到广泛的关注和重视^[7-9]。白

细胞计数(WBC)是临床上常用的炎症指标。本研究主要通过受试者工作特征曲线(ROC 曲线)探讨 NLR、WBC 对毒蛇咬伤严重程度的预测价值。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2015 年 5 月至 2017 年 5 月本院收治的 124 例毒蛇咬伤患者的临床资料。纳入标准: 诊断明确, 有蛇咬外伤史, 发病时间不超过 24 h 者。排除标准: 蛇种不明确、其他昆虫动物咬伤者、有恶性肿瘤病史者、合并其他感染性疾病者、长期使用激素及免疫抑制剂者、长期口服抗凝抗血小板药物、资料不全者。

1.2 分组 依据《毒蛇咬伤的临床分型及严重程度评分标准(修订稿)》分为危重型组、重型组和轻型组^[10]; 根据局部伤口、意识, 以及神经系统、呼吸系统、

* 基金项目: 广东省佛山市省级医学重点专科培育项目(fspy3-2015040)。