

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.06.028

院外延续性护理联合协同护理对 COPD 稳定期患者自我护理能力的影响^{*}

赵小兰,熊 洪

西南医科大学附属医院呼吸与危重症医学一科,四川泸州 646000

摘要:目的 探讨院外延续性护理联合协同护理对慢性阻塞性肺疾病(COPD)稳定期患者自我护理能力的影响。方法 将该院收治的 80 例 COPD 稳定期患者按照随机数字表法随机分为两组,每组 40 例。对照组患者实施协同护理,干预组在对照组基础上加用院外延续性护理。比较两组患者护理前后的自我护理能力、动脉血氧分压(PaO₂)、动脉血二氧化碳分压(PaCO₂)、肺功能及生活质量评分。结果 干预组干预后的健康知识、自我概念、自我护理技能、自我护理责任感评分及总评分均显著高于对照组($P < 0.05$)。干预组出院后 3 个月的 PaO₂、1 秒用力呼气容积(FEV1)、用力肺活量(FVC)均显著高于对照组,PaCO₂ 显著低于对照组($P < 0.05$)。干预组患者出院后 3 个月在自我实现、健康责任、运动、营养、人际关系、应对压力方面的生活质量评分均显著高于对照组($P < 0.05$)。结论 对 COPD 稳定期患者联合实施院外延续性护理与协同护理能够有效改善患者的肺功能,提高患者的自我护理能力,改善患者的生活质量。

关键词:慢性阻塞性肺疾病; 院外延续性护理; 自我护理能力; 生活质量

中图分类号:R473.5

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2020)06-0812-04

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是临床较为常见的一种呼吸系统疾病,该病以气流受限为主要特征,病情进展缓慢,但容易反复发作^[1]。急性加重期后,COPD 患者的临床症状会得到一定缓解,但肺功能会明显降低,免疫功能也会下降,从而增加呼吸衰竭、肺源性心脏病等严重心肺并发症的发生风险^[2]。延长 COPD 稳定期时间,减少急性发作次数能有效防止肺功能恶化,对于改善患者的生存质量具有重大意义。院外延续性护理是院内护理的拓展与延伸,研究发现对 COPD 稳定期患者实施院外延续性护理,可以让患者在稳定期得到持续的照护,从而有效减少因症状加重而再次入院的风险^[3]。另一方面,院外延续性护理也能提高患者对 COPD 相关知识的认知水平,增强患者的自我护理能力。本院对 COPD 稳定期患者联合应用院外延续性护理与协同护理,取得了较为满意的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2015 年 10 月至 2017 年 10 月收治的 80 例 COPD 稳定期患者作为研究对象。纳入标准:符合 COPD 诊断标准(参照《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》^[4]);患者自愿参与研究并签署了知情同意书;愿意配合院外护理相关工作;具有正常的理解与交流能力。排除标准:伴有其他严重肝、肾、心脏疾病者;既往有肺切除史或肺移植手术史者;肢体活动障碍或认知功能障碍者;不愿配合后期随访者;精神病患者。使用随机数字表法分为两组,每组 40 例。干预组男 25 例、女 15 例,年龄 50~78 岁、平均

(63.3±4.7)岁,病程 1~5 年、平均(2.2±1.4)年;对照组男 24 例、女 16 例,年龄 49~75 岁、平均(62.1±6.4)岁,病程 1~9 年、平均(3.0±1.8)年。两组的一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 对照组患者实施协同护理,护理内容包括住院期间进行疾病知识宣教、氧疗、用药指导、心理护理、运动治疗、饮食干预、出院指导,以及出院后门诊随访等。

1.2.2 干预组 干预组在对照组基础上加用院外延续性护理。在循证医学思想指导下,院外延续性护理方案在参考国内相关资料^[5-6]的基础上,结合本院实际情况进行编制。由科主任、科护士长、主管医师、责任护士组成院外延续性护理小组,由护士长和主管医师统一对小组成员进行 COPD 延续性护理相关理论知识培训,培训方式为集中授课,以提高小组成员对延续性护理的认知水平。在实施过程中,科主任负责监督、指导院外延续性护理内容的实施,主管医师负责对出院患者进行健康教育及组织管理,责任护士负责收集患者相关资料,并在患者出院后具体落实各项延续性护理措施,科护士长负责对延续性护理的实施进行全程监管。院外延续性护理内容具体如下:(1)心理干预。护理人员耐心地向患者说明 COPD 的相关知识,包括发病原因、危害、治疗方法等,向患者强调负性情绪对疾病的不良影响。出院后,护理人员通过随访与患者沟通,定期评估患者的心理状态,多鼓

* 基金项目:四川省卫生和计划生育委员会科研课题(17ZD034)。

励、安慰患者,教会患者如何正确、有效地疏导负性情绪。动员患者家属多关心患者,给予患者充分的心理支持,让患者以良好的心态面对疾病,坚定战胜疾病的决心。(2)生活指导。出院前,对患者的饮食习惯、营养状况进行评估,并根据患者的实际情况制订相应的饮食方案。要求患者改变不良的饮食习惯,做到科学、健康进食。建议患者在秋冬两季注射流感疫苗,冬季做好保暖工作,以降低呼吸道感染风险。(3)鼓励戒烟。向患者强调吸烟对健康的危害,鼓励患者戒烟。根据患者的实际情况,分步制订戒烟目标,让患者循序渐进地完成戒烟。邀请戒烟成功的病友与患者分享经验,以增强患者的戒烟信心。要求患者家属全程监督患者戒烟,对于生理性吸烟成瘾者,可推荐其到戒烟门诊进行戒烟。(4)长期用药指导。根据患者的临床表现及医嘱,指导患者应用茶碱类、糖皮质激素类、 β_2 受体激动剂类药物及抗菌药物,重点说明吸入剂的使用方法。(5)康复锻炼指导。住院期间,教会患者如何正确进行四肢的运动锻炼,制订康复锻炼方案。要求患者严格落实康复锻炼内容,家属做好监督工作。康复锻炼以散步、爬楼梯、上肢运动等为主,每次锻炼15~30 min,每日2次。护理人员在后期随访中了解患者康复锻炼方案的执行情况,解答患者在锻炼过程中遇到的问题。(6)发病识别与自救指导。对患者及家属进行COPD急性发作相关知识宣教,如COPD急性发作的临床特征、危险因素、自救方式等。当患者出现活动能力下降、呼吸困难、咳嗽、发热等症状时,要警惕COPD急性发作,此时应及时到医院进行检查。患者外出时应随身携带支气管扩张剂,若有突发性的气促加重,要马上使用支气管扩张

剂缓解气促,然后尽快就诊。

1.3 观察指标 (1)在护理干预实施前及实施3个月后,分别采用修正版自我护理能力评估量表(ASAS-R-C)汉化版^[7]进行自我护理能力评估。量表评估内容包括自我护理责任感、健康知识、自我护理技能、自我概念4个维度共43个条目,其中反向计分条目11个,均采用5级评分法,从“非常不像我”到“非常像我”依次评0~4分。总评分172分,评分越高表明患者的自我护理能力越强。该量表经检验,Cronbach' α 系数为0.77,信度良好,可用于评价我国老年人自我护理能力。(2)在患者出院前及出院后3个月,分别测定患者的动脉血氧分压(PaO₂)、动脉血二氧化碳分压(PaCO₂)、1秒用力呼气容积(FEV1)、呼气高峰流速(PEF)、用力肺活量(FVC),比较两组患者的PaO₂、PaCO₂及肺功能。(3)出院后3个月,运用健康促进生活方式量表(HPLP-II)评估患者的生活质量,量表包括自我实现、健康责任、运动、人际关系、营养、应对压力这6个维度,评分越高说明生活质量越高。

1.4 统计学处理 本研究数据运用SPSS20.0统计软件进行处理,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 两组患者护理干预实施前后的自我护理能力评分比较 两组干预前的各项自我护理能力评分及总评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$);干预组干预后的各项自我护理能力评分及总评分均显著提高($P < 0.05$),且以上各项评分均显著高于对照组($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组患者护理干预实施前后的自我护理能力评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	时间	健康知识	自我概念	自我护理技能	自我护理责任感	总评分
干预组	40	干预前	38.2±6.8	14.7±5.2	19.2±2.3	11.2±1.9	83.3±16.2
		干预后	48.8±7.5 ^{ab}	23.5±3.5 ^{ab}	28.6±3.3 ^{ab}	19.2±2.6 ^{ab}	120.1±16.9 ^{ab}
对照组	40	干预前	38.5±7.7	15.3±4.9	18.8±3.6	12.1±2.1	84.7±18.3
		干预后	38.6±6.9	15.1±5.3	19.2±4.1	12.4±2.3	85.3±18.6

注:与本组干预前比较,^a $P < 0.05$;与对照组干预后比较,^b $P < 0.05$ 。

表2 两组出院前及出院后3个月的PaO₂、PaCO₂及肺功能指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	时间	PaO ₂ (mm Hg)	PaCO ₂ (mm Hg)	FEV1(L)	FVC(L/s)
干预组	40	出院前	62.8±5.5	43.3±3.9	1.4±0.3	3.6±1.8
		出院后3个月	82.5±7.1 ^{ab}	37.6±5.2 ^{ab}	1.8±0.2 ^{ab}	5.0±1.2 ^{ab}
对照组	40	出院前	63.0±6.4	43.1±4.6	1.4±0.4	3.7±2.1
		出院后3个月	64.1±5.9	42.8±5.5	1.5±0.1	3.8±1.4

注:与本组干预前比较,^a $P < 0.05$;与对照组干预后比较,^b $P < 0.05$ 。

2.2 两组出院前及出院后3个月的PaO₂、PaCO₂及肺功能指标比较 两组出院前的PaO₂、PaCO₂及各

项肺功能指标比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);干预组出院后 3 个月的 PaO_2 、 PaCO_2 及各项肺功能指标均显著改善,且干预组的 PaO_2 、FEV1、FVC 均显

著高于对照组($P<0.05$), PaCO_2 显著低于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 3 两组的生活质量评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	自我实现	健康责任	运动	营养	人际关系	应对压力
干预组	40	34.0±5.1	26.5±4.4	27.3±4.3	28.2±3.9	36.3±4.8	35.0±6.1
对照组	40	20.8±4.2	19.1±3.1	18.5±2.6	20.1±3.1	21.8±3.6	22.8±4.5
<i>t</i>		12.636	8.695	11.076	10.283	15.284	10.179
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组的生活质量评分比较 干预组患者出院后 3 个月在自我实现、健康责任、运动、营养、人际关系、应对压力方面的生活质量评分均显著高于对照组($P<0.05$)。见表 3。

3 讨 论

COPD 好发于老年人群,该病的发生与呼吸道受到损害性因素的持续作用有关:工业性粉尘、吸烟、大气污染等气道损害因素经口鼻吸入后可直接损伤气道上皮细胞,造成纤毛运动减弱,引起局部黏膜炎性反应,释放大量炎症因子。随着病情的持续进展,COPD 还可引起肺实质及小气道破坏,造成肺气肿、闭塞性细支气管炎,从而严重危害患者的健康,降低患者的生活质量。

绝大部分的 COPD 患者都是在急性加重期就医,待进入稳定期后出院。循证医学证据显示,对于 COPD 患者的治疗不应仅限于医院内,在患者出院回家后也应当持续地接受治疗与护理干预,如呼吸功能锻炼、氧疗、规律用药等^[8]。COPD 患者病情的加重与患者不遵医嘱治疗有着密切联系,所以对于处于稳定期的 COPD 患者,如何提高其用药依从性,尽可能延缓病情进展成为临床研究的热点课题。对于 COPD 稳定期患者,严格遵照医嘱进行院外治疗与护理是对其自我护理能力的极大挑战。鉴于此,本科为 提高 COPD 患者的自我护理能力对院内的护理工作进行了延伸,拟通过院外延续性护理来提升患者的自我护理能力,从而让患者能够在家庭环境中更好地完成医疗行为。

本研究结果显示,实施院外延续性护理的干预组患者,干预后的健康知识、自我概念、自我护理技能、自我护理责任感评分及自我护理能力总评分均显著高于对照组($P<0.05$)。这一结果与文献^[9]结果相符,说明院外延续性护理能够有效提升患者的自我护理能力。这是因为延续性护理注重患者的心理干预,通过对患者进行心理干预,帮助患者建立起与疾病长期做斗争的信心,从心理上做好长期治疗和进行自我护理的准备,这有助于增强患者的自我护理意识。延

续性护理通过进行康复锻炼指导、生活指导、发病识别与自救指导,能够有效提高患者对疾病的认知,增强其自我护理能力。本研究结果还显示,干预组出院后 3 个月的 PaO_2 、 PaCO_2 及各项肺功能指标均显著改善,并且干预组的 PaO_2 、FEV1、FVC 均显著高于对照组($P<0.05$), PaCO_2 显著低于对照组($P<0.05$),说明院外延续性护理能够有效改善 COPD 稳定期患者的缺氧状态及肺功能。这是因为在院外延续性护理过程中,对患者进行了长期用药指导和康复锻炼指导,监督患者规律用药、规律锻炼,让患者在家庭环境中也能够坚持完成服药、戒烟、科学饮食、呼吸功能锻炼等行为,所以有利于患者肺功能的改善^[10]。在生活质量方面,本研究还显示干预组出院后 3 个月的各项生活质量评分均显著高于对照组($P<0.05$)。这说明院外延续性护理的实施,有效提高了 COPD 患者的生活质量,与文献^[10]报道结论相符。延续性护理的实施,促使患者在院外也能够坚持服药及进行其他治疗,有助于肺功能的持续改善,减少 COPD 急性发作,并且有效提高了患者对疾病的认知水平,增强了患者的自我护理能力,从而提高患者的生活质量^[11]。

综上所述,对 COPD 稳定期患者联合实施院外延续性护理与协同护理能够有效改善患者的肺功能,提高患者的自我护理能力,改善患者的生活质量,具有重要的临床应用价值,适宜推广。

参考文献

[1] 王芳林. 延续性护理改善慢性阻塞性肺疾病患者肺功能及生存质量分析[J]. 内科, 2015, 10(6): 915-917.

[2] 叶青芳, 邹继华, 王月枫, 等. 慢性阻塞性肺疾病患者及照顾者延续性护理服务需求的调查研究[J]. 护士进修杂志, 2016, 31(8): 740-742.

[3] 杨江波, 迟凤玉, 金霞, 等. 微信平台在慢性阻塞性肺疾病患者延续性护理中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2016, 22(19): 88-89.

[4] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2007, 30(8): 7-16.

[5] 弓玉松,肖巧玲,周明芬. 延续性护理在 COPD 稳定期患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2017,23(5):83-84.

[6] 施春娜,丁群力,丁云,等. 气球吹摆法肺功能锻炼在慢性阻塞性肺疾病稳定期患者延续性护理中的应用[J]. 护士进修杂志,2015,30(6):521-523.

[7] 郭丽娜,高涵,郭启云,等. 修正版自我护理能力评估量表汉化后的信效度评价[J]. 中国实用护理杂志,2014,30(30):64-66.

[8] UIJEN A A,BISCHOFF E W,SCHELLEVIS F G,et al. Continuity in different care modes and its relationship to quality of Life;a randomised controlled trial in patients with COPD[J]. British J General Practice,2012,62(599):422-428.

[9] 乔春霞,朱爱华. 延续性护理对行家庭无创通气的慢性阻塞性肺疾病患者的影响研究[J]. 实用心脑血管病杂志,2017,25(6):162-164.

[10] DAVIES F,RISOR M B,MELBYE H,et al. Primary and secondary care clinicians' views on self-treatment of COPD exacerbations; a multinational qualitative study [J]. Patient Educ Couns,2014,96(2):256-263.

[11] 余艳,崔焱,滕昭晖,等. 慢性阻塞性肺疾病延续性护理的研究进展[J]. 解放军护理杂志,2015,32(11):29-32.

(收稿日期:2019-05-09 修回日期:2019-09-18)

• 临床探讨 • DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2020. 06. 029

农药中毒患者家属焦虑状况调查分析*

徐 佩¹,顾艳玫²,汤培凤^{1△}

上海健康医学院附属周浦医院/上海市浦东新区周浦医院:1. 护理部;2. 特需病房,上海 201318

摘 要:目的 了解农药中毒患者家属的焦虑状况及相关影响因素。方法 采用焦虑自评量表、自制问卷对农药中毒患者家属的心理状况进行调查。结果 家属的焦虑状况与国内常模比较,差异有统计学意义($P<0.05$),有 90% 的家属存在焦虑情绪。患者家属焦虑相关影响因素包括患者目前是否存在生命危险、家属对患者病情是否了解、中毒原因、患者此次中毒是否与此家属有关、家属对患者康复是否有信心等。结论 农药中毒患者家属易出现焦虑情绪,而家属的焦虑情绪又影响着患者的康复。护理服务对象应从患者扩展到患者家属,给予家属心理支持和健康教育,减轻家属的心理压力,以提高农药中毒患者的治疗效果。

关键词:农药中毒; 患者家属; 焦虑

中图法分类号:R595.9

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2020)06-0815-04

急诊重症患者多为突发疾病,病情危重,家属常因过于担心和害怕而心烦意乱、不知所措、焦虑不安。家属的这些表现可影响患者的心理状态,不利于救治^[1]。农药中毒是急诊重症患者的主要就诊原因之一,在农村及城乡接合部十分常见。口服农药中毒者,发病急,病情变化快,随时有生命危险。患者的危急状态会成为患者家属强大的心理应激源,使家属产生焦虑情绪。焦虑是个体在对一个模糊、非特异的危险作出反应时所经受的不适感,此时自主神经系统处于激活状态^[2],往往可以表现为心悸、血压升高、坐立不安、尿频、失眠、易激动、发脾气、哭泣、注意力不集中、健忘、思维中断等^[3]。本文旨在调查农药中毒患者家属的焦虑状况,并找出相关影响因素,为临床采取相应护理干预措施提供理论依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采取便利抽样的方法,抽取 2018 年 2 月至 2019 年 2 月本院急诊及重症监护室(ICU)的农药中毒患者家属 40 例。纳入标准:(1)患者的直系亲属,年龄 18~80 岁;(2)自愿参与本调查,沟通无障

碍;(3)无精神病病史。排除标准:(1)不愿意配合调查者;(2)未成年人;(3)无法有效沟通者。若样本脱落,及时补充。本研究共发放一般资料调查表 40 份,回收有效问卷 40 份,发放焦虑自评量表(SAS)40 份,回收有效问卷 40 份,回收率为 100%。

1.2 方法

1.2.1 测量工具 (1)一般资料调查表:由研究者自行设计,咨询 2 名急诊重症医疗专家、2 名心理学专家及 2 名护理专家后进行内容调整,最后通过组织 10 例农药中毒患者家属咨询、访谈后定稿。包括家属一般情况,如性别、年龄、职业、籍贯、文化程度、婚姻状况、经济状况、与患者关系、是否与患者同住、患者费用状况、目前病情危重情况、是否了解患者病情、中毒原因、患者此次中毒是否与此家属有关等内容。(2)SAS:由华裔教授于 1971 年编制,应用相对广泛,主要用来分析患者的主观症状及感受,适用于有焦虑症状的成年人。该量表共 20 个条目,采用 4 级评分法(1、2、3、4 分),得分越高表示焦虑状况越突出^[4]。20 个条目中有 15 项是用负性词陈述的,按 1~4 顺序记

* 基金项目:上海市浦东新区周浦医院重点学科建设项目(ZP-xk-2015B-1)。

△ 通信作者,E-mail:2099833266@qq.com。