

[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。

分。其余 5 项是用正性词陈述的,按 4~1 顺序反向记分。SAS 的主要评定指标为总分。在自评者评定结束后,将 20 个项目的各项得分相加即得总分,再乘以 1.25 后取整数部分,就得到标准分。根据国内常模^[5]相关内容,以 SAS 标准分 50 分作为焦虑症状的分界值,SAS 标准分<50 分为正常,SAS 标准分 50~<60 分为轻度焦虑,SAS 标准分 60~<70 分为中度焦虑,SAS 标准分 70 分及以上为重度焦虑。评定时间范围强调是“现在或过去 1 周”。该量表为经典量表,信度、效度可靠。

1.2.2 测量方法 本研究采用问卷调查法。一般资料调查表由调查者收集相关信息后完成。SAS 由调查者指导家属仔细阅读后由家属独自填写,部分文化程度较低的家属,由调查者陈述解释后代为填写,并限制在 30 min 内完成。调查者回收问卷,并于阅卷后同家属进行 10 min 左右会谈,改正错漏项。为防止调查结果的偏倚,本研究的调查员由 2 名 5 年以上护龄的护师担任,并经过统一培训。

1.3 统计学处理 采用 SPSS20.0 统计软件进行统计处理和分析,正态分布计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 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 患者家属一般资料 农药中毒患者家属情况如下:男 16 例,女 24 例;年龄 23~70 岁,平均(43.3±

11.3)岁;职业:农民 19 例,工人 9 例,退休 1 例,公司职员 3 例,自由职业 4 例,教师 2 例,会计 1 例,公务员 1 例;籍贯:上海 24 例,安徽 5 例,江西 3 例,江苏 1 例,四川 3 例,河南 1 例,浙江 2 例,贵州 1 例;文化程度:文盲 4 例,小学 9 例,中学 14 例,大专 7 例,本科 6 例;婚姻状况:已婚 36 例,未婚 4 例;月收入:800~10 000 元,平均(4 132±1 017)元;与患者关系:父母/子女 18 例,夫妻 12 例,兄弟/姐妹 9 例,其他 1 例;与患者同住 18 例,不与患者同住 22 例;费用状况:自费 32 例,医保 3 例,居民保险 5 例;患者中毒原因:自杀 31 例,误服 5 例,意外沾染 4 例;患者目前病情:轻度 2 例,中度 12 例,重度 20 例,极重度 6 例。

2.2 农药中毒患者家属的焦虑水平 40 例农药中毒患者家属无焦虑 4 例(10%),轻度焦虑 10 例(25%),中度焦虑 10 例(25%),重度焦虑 16 例(40%),焦虑发生率为 90%。调查对象的 SAS 标准分均值为(52.60±11.03)分。

2.3 农药中毒患者家属焦虑相关影响因素分析 患者家属焦虑的发生与性别、年龄、经济状况、文化程度、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有关($P < 0.05$),与医务人员服务态度、医疗护理水平、医院环境无关($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 40 例农药中毒患者家属焦虑相关影响因素分析

项目	相关影响因素	<i>n</i>	构成比(%)	SAS 总分($\bar{x} \pm s$,分)	<i>t</i>	<i>P</i>
性别	男	16	40.0	47.28±11.39	-3.04	<0.05
	女	24	60.0	56.96±8.78		
年龄(岁)	<25	8	20.0	67.50±2.62	28.10	<0.05
	25~34	12	30.0	56.33±5.74		
	>34	20	50.0	44.16±7.57		
经济状况(元)	<2 000	11	27.5	64.30±6.58	22.73	<0.05
	2 000~4 500	10	25.0	55.20±5.98		
	>4 500	19	47.5	45.05±9.19		
文化程度	初中以下	13	32.5	62.84±6.59	26.13	<0.05
	初中、高中	14	35.0	52.29±6.70		
	大学及以上	13	32.5	39.80±7.50		
患者目前是否存在生命危险	存在	26	65.0	73.02±7.83	6.55	<0.05
	不存在	14	35.0	52.23±7.33		
家属对患者病情是否了解	基本了解	14	35.0	41.79±7.32	-6.55	<0.05
	不了解	26	65.0	58.42±7.83		
中毒原因	自杀	31	77.5	55.36±9.74	3.27	<0.05
	误服/沾染	9	22.5	43.11±10.36		
患者此次中毒是否与此家属有关	有	13	32.5	79.04±6.95	5.67	<0.05
	没有	27	67.5	59.35±8.76		

续表 1 40 例农药中毒患者家属焦虑相关影响因素的分析

项目	相关影响因素	<i>n</i>	构成比(%)	SAS 总分($\bar{x}\pm s$,分)	<i>t</i>	<i>P</i>
家属对患者康复是否有信心	有	13	32.5	51.15±6.85	-6.85	<0.05
	无	27	67.5	72.77±7.75		
医务人员服务态度	良好	26	65.0	52.39±7.47	-0.17	0.87
	一般、差	14	35.0	53.00±16.06		
医务人员医疗护理水平	良好	21	52.5	50.43±13.00	-1.32	0.20
	一般、差	19	47.5	55.00±8.00		
医院环境	良好	16	40.0	48.50±13.22	-1.99	0.08
	一般、差	24	60.0	55.33±8.56		

3 讨 论

本研究对 40 例农药中毒患者家属焦虑状况进行了调查,发现其焦虑状况普遍存在,患者家属焦虑的发生率为 90%,重度焦虑的发生率亦达到了 40%。调查对象的 SAS 标准分均值为(52.60±11.03)分,明显高于国内常模^[5]的(47.68±5.90)分,差异有统计学意义($t=2.10, P<0.05$)。农药中毒属于急性中毒,病情较为复杂,病死率高,故家属的焦虑程度明显高于其他危急重症^[3]。有研究报道,凡家属对疾病反应为焦躁不安、不知所措时,患者焦虑心理较重^[6]。农药中毒患者入住 ICU 比例高^[7],患者家属无法看到患者的治疗、护理经过,故普遍存在不同程度的疾病不确定感^[8-9],加之疾病知识匮乏,导致患者家属易产生焦虑情绪^[10]。家属的情绪变化可直接影响到患者的心理,家属救治患者的信念影响着疾病的预后^[11]。因此,医护人员要重视对患者家属的关怀^[12],加强沟通,对于中度及重度焦虑的患者家属,鼓励他们积极寻求专业心理医生的帮助。

本研究显示,女性家属的焦虑程度较男性家属高。有研究显示,我国焦虑症患病率性别差异较大,女性患病率为 2.78%,男性仅为 0.24%^[13],与本研究结果一致。女性遇到重大突发事件时,更容易产生心理问题。医护人员应鼓励女性家属通过倾诉、哭泣疏导紧张和焦虑情绪^[14-17]。

有研究显示,没有接受高等教育的家属,其自我调控意识较差,对未知的病情和潜在的危险容易恐惧,从而产生内疚、焦虑、抑郁等情绪^[18],与本研究结果相一致。医护人员应根据家属文化程度,分层次提升患者家属的医学基础知识水平,认真讲解疾病进展及预后等,达到缓解家属焦虑情绪的目的。

有调查显示,对于经济状况较好的家庭,患者家属焦虑程度低,而经济状况欠佳的家庭,家属焦虑程度明显升高^[12]。特别是在病情危重且治疗在短期内不能达到满意效果时,家属更易产生焦虑情绪^[17]。本研究中不少对象为外来务工者,收入偏低,且缺乏家

庭其他成员的支持,医护人员应提升治疗效果,缩短平均住院日,尽量为患者节约费用,并向家属介绍医疗补助及社会帮助的途径,从而降低患者家属经济负担,缓解其焦虑情绪。

自杀患者家属往往心理包袱重,尤其是因家庭矛盾或者情感纠纷导致患者服农药自杀的患者家属,其心理压力更大,对各种打击和刺激的承受能力很弱,焦虑程度高。有研究显示,家属与患者关系越亲密,对患者病情越关心,越担心患者的预后和疗效^[15]。医护人员在工作中沉着、冷静地处理各种突发状况,也会对患者和家属情绪有明显影响^[16]。医护人员在解释病情的同时应对患者家属不良情绪及时疏导,不要议论患者自杀原因,从而减轻他们的焦虑程度,必要时可劝其接受专业的心理辅导。

综上所述,农药中毒患者家属存在较为严重的焦虑情绪,其发生与多种因素有关,应及时采取相应的护理措施满足他们的心理需求,以利于患者治疗的顺利进行。此次调查由于样本量偏小,有一定的局限性,有待今后扩大样本量,进行更系统的调查分析。

参考文献

[1] 张勇,张臻. ICU 患者家属负性情绪的调查及心理干预[J]. 济宁医学院学报,2009,32(3):208-210.
[2] 秦伟利. 不同护理干预在脑血栓患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2016,22(15):83-84.
[3] 喻玫,查蓉珍. 神经外科手术患者及家属焦虑状态调查分析[J]. 实用医院临床杂志,2019,16(1):151-153.
[4] ZUNG W W. A rating instrument for anxiety disorders [J]. Psychosomatics,1974,12(6):371-379.
[5] 汪向东,王希林,马弘. 心理卫生评定量表手册(增订版) [M]. 北京:中国心理卫生杂志社,1999:35-45.
[6] 冀孟菊,康彬. 恶性肿瘤患者亲属的健康教育[J]. 南方护理学报,2004,11(4):50-51.
[7] 童艳菊. ICU 患者家属的心理需求及护理方法探讨[J]. 基层医学论坛,2017,19(27):3710-3712.
[8] 汪蓉,杨宝义,方敏,等. ICU 患者家属疾病不确定感现状及影响因素探讨[J]. 中国医药导报,2015,12(6):135-

139.

- [9] 刘洪娟,方汉萍,历春林,等. 神经外科 ICU 患者家属疾病不确定感与生活质量的分析与对策[J]. 护理学报, 2013, 20(18):69-71.
- [10] 吴奇云,叶志霞,李丽. ICU 患者家属心理反应及护理研究进展[J]. 中国实用护理杂志, 2015, 31(1):2-4.
- [11] 张华. 全面护理干预在神经外科患者急救中的应用效果[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2014, 17(15):131-132.
- [12] 吕顺巧,米洁. ICU 患者家属发生焦虑的影响因素分析[J]. 现代医药卫生, 2018, 34(6):842-844.
- [13] 钟宝亮,张建芳,何民富,等. 中国精神疾病流行病学调查进展的分析和评价[J]. 中华精神科杂志, 2010, 43(4):235-240.

- [14] 赵颖,刘丽珍. 浅谈急症患者及家属的心理护理[J]. 中国疗养医学, 2009, 18(12):1109-1109.
- [15] 杨敏,张晓丽. 急诊患者家属心理分析及心理护理干预措施探讨[J]. 中国现代医生, 2010, 48(17):74-75.
- [16] 杨学源,何小莉. 高血压脑出血患者家属焦虑状况的调查与分析[J]. 上海护理, 2005, 5(4):27-28.
- [17] 刘靖,张艳. 心脏监护室患者家属焦虑相关因素的调查分析[J]. 中华保健医学杂志, 2008, 10(1):54-55.
- [18] 余秋燕. 藏区慢性心力衰竭患者家属焦虑状况及影响因素分析[J]. 河北医药, 2019, 41(4):624-629.

(收稿日期:2019-06-05 修回日期:2019-10-25)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.06.030

“互联网+”健康教育模式示范基地的构建及应用推广^{*}

饶富兰,李英杰

重庆市巴南区人民医院护理部,重庆 401300

摘要:目的 探讨“互联网+”健康教育模式示范基地的构建及应用推广的效果。方法 采用便利抽样方法,选取 2018 年 6 月至 2019 年 6 月在该院就诊的 1 000 例住院患者作为研究对象,按照入院先后顺序将其分为对照组和试验组,每组 500 例。对照组采用常规健康教育方式,试验组在建立“互联网+”健康教育模式示范基地的基础上,运用“317 护”健康教育软件进行健康教育,并选择患者健康教育知识知晓率、平均住院费用、患者满意度作为评价指标,比较两组干预后的差异。结果 干预后,试验组患者健康教育知识知晓率、满意度明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);试验组患者平均住院费用低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 “互联网+”健康教育模式示范基地的构建及应用推广效果较常规健康教育方式好,值得推广应用。

关键词:互联网+; 健康教育模式; 基地构建; 护理干预**中图分类号:**R494**文献标志码:**A**文章编号:**1672-9455(2020)06-0818-03

传统的健康教育是指护理人员通过讲授、演示等方式,对住院或者门诊患者饮食、生活、用药注意事项、预防复发和维持治疗效果等方面进行指导的方法,是护理专业化发展的一大体现,更是护理研究领域研究热点^[1]。有研究报道,有效的健康教育是最经济、高效的手段,有利于患者的预后^[2]。也有研究显示,健康教育是临床医生最需要的护理内容之一,也是确保临床医疗效果和护理效果维持及改善患者预后的重要手段之一^[3]。高质量的健康教育在临床中起到举足轻重的作用。目前,由于临床护理人员工作繁忙,部分护理人员专业知识不熟练,各医院甚至同一医院的各个科室对健康教育的组织形式差异较大,加之不同病种和不同层次的患者对健康教育的需求差异也较大,导致目前的健康教育质量良莠不齐,有待在今后的研究中进一步提升。因此,如何提高患者健康教育的质量,提高护理人员的工作效率以及改善患者预后是目前亟待解决的难题^[4-6]。本院立足于

“互联网+”发展趋势,构建了“互联网+”健康教育模式示范基地,首先在本院住院患者中推广“互联网+”健康教育模式,并逐步推广于重庆市巴南区各医疗单位,研究取得了一定成效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究采用便利抽样的方法,选取 2018 年 6 月至 2019 年 6 月在本院就诊的 1 000 例住院患者作为研究对象,其中男 501 例、女 499 例,年龄 18~65 岁、平均(42.71±14.13)岁。按照每位患者的入院先后顺序,将 2018 年 6—12 月就诊的 500 例患者作为对照组,其中男 251 例、女 249 例,平均年龄(42.82±15.62)岁;将 2019 年 1—6 月就诊的 500 例患者作为试验组,其中男 250 例、女 250 例,平均年龄(43.02±13.52)岁。两组患者的年龄、性别等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。纳入标准:(1)在研究期间新收治的单病种住院患者;

* 基金项目:重庆市巴南区科学技术项目(2018-25)。