

- psychotics[J]. Riv Psichiatr, 2016, 51(1): 37-42.
- [9] 蔡瑞雪, 巢健茜, 孔令燕, 等. 四种代谢综合征诊断标准在老年人中的适用性比较[J]. 中华疾病控制杂志, 2019, 23(2): 28-31.
- [10] 肖逸丽, 王汉光, 高镇松, 等. 213 例抗精神病药物不良反应分析[J]. 中国医院药学杂志, 2016, 32(11): 930-932.
- [11] 王彬. 非典型抗精神病药对精神分裂症患者糖脂代谢和体重的影响[J]. 湖南中医药大学学报, 2018, 22(1): 131-132.
- [12] 马庆贺, 李慧, 王帆, 等. 精神分裂症代谢综合征与氧化应激相关性的研究进展[J]. 神经疾病与精神卫生, 2018, 18(7): 511-514.
- [13] SANCHEZ-MARTINEZ V, ROMERO-RUBIO D, ABADPEREZ M J, et al. Metabolic syndrome and cardiovascular risk in people treated with long-acting injectable antipsychotics[J]. Endocr Metab Immune Disord Drug Targets, 2018, 18(4): 379-387.
- [14] 何志辉, 许晓君, 许燕君, 等. 广东省居民体质指数、腹部肥胖与高血压患病率关系的分析[J]. 华南预防医学, 2015, 41(6): 570-572.
- [15] KRITHARIDES L, CHOW V, LAMBERT T J. Cardiovascular disease in patients with schizophrenia[J]. Med J Aust, 2017, 206(2): 91-95.
- [16] CHEN P Y, CHEN C H, CHANG C K, et al. Orexin-a levels in relation to the risk of metabolic syndrome in patients with schizophrenia taking antipsychotics[J]. Int J Neuropsychopharmacol, 2019, 22(1): 28-36.
- [17] PILLINGER T, MCCUTCHEON R A, VANO L, et al. Comparative effects of 18 antipsychotics on metabolic function in patients with schizophrenia, predictors of metabolic dysregulation, and association with psychopathology: a systematic review and network meta-analysis[J]. Lancet Psychiatry, 2020, 7(1): 64-77.
- [18] SIAFIS S, TZACHANIS D, SAMARA M, et al. Antipsychotic drugs: from receptor-binding profiles to metabolic side effects[J]. Curr Neuropharmacol, 2018, 16(8): 1210-1223.
- [19] 张喜梅, 陈景旭, 张立刚, 等. 住院双相障碍患者伴发代谢综合征情况调查[J]. 临床精神医学杂志, 2015, 22(4): 36-38.
- [20] HAMMOUDEH S, GHULOUM S, MAHFOUD Z, et al. The prevalence of metabolic syndrome in patients receiving antipsychotics in Qatar: a cross sectional comparative study[J]. BMC Psychiatry, 2018, 18(1): 81.

(收稿日期: 2021-05-05 修回日期: 2021-11-11)

• 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2022.02.038

快速康复外科护理对腹腔镜下子宫内膜癌根治术患者氧化应激反应的影响

李梦思, 凌虹

复旦大学附属妇产科医院妇产科, 上海 200011

摘要:目的 探讨快速康复外科护理对腹腔镜下子宫内膜癌根治术患者氧化应激反应的影响。方法 选择 2019 年 1 月至 2020 年 12 月在该院接受腹腔镜下子宫内膜癌根治术的患者 96 例, 根据随机数字表法将患者分为观察组和对照组, 每组 48 例。对照组在围术期予以常规护理, 观察组在围术期予以快速康复外科护理。比较两组手术相关指标、术后临床指标和术后并发症情况, 比较两组治疗前后血清创伤相关指标[总抗氧化能力(TAC)、肌红蛋白(MYO)、缺血修饰清蛋白(IMA)]和氧化应激指标[晚期氧化蛋白产物(AOPP)、活性氧(ROS)、丙二醇(MDA)]水平。结果 观察组术中体温高于对照组, 进水时间、进食时间、肛门排气时间、排便时间、下床活动时间和住院时间明显短于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后两组血清 TAC 水平较治疗前明显降低, 血清 MYO 和 IMA 水平较治疗前明显升高, 且治疗后观察组血清 TAC 水平高于对照组, 血清 MYO 和 IMA 水平低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后两组血清 AOPP、ROS 和 MDA 水平均较治疗前明显升高, 且观察组均低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组术后恶心呕吐、发热寒战和腹胀发生率明显低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 将快速康复外科护理应用于腹腔镜下子宫内膜癌根治术患者可减轻患者氧化损伤和组织损伤, 降低氧化应激反应水平, 减少术后并发症的发生率, 加快患者的术后康复。

关键词: 子宫内膜癌; 快速康复; 外科护理; 氧化应激; 围术期

中图分类号: R248.3

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2022)02-0267-05

子宫内膜癌是常见的妇科恶性肿瘤, 目前主要的治疗手段是腹腔镜下子宫内膜癌根治术, 该手术的安

全性和微创性得到广泛认可^[1-2]。但腹腔镜下子宫内膜癌根治术还是不可避免地会给患者带来一定创伤,

引起应激反应和炎症反应,对患者术后康复造成影响。因此,在治疗过程中如何最大程度减少创伤,促进术后快速康复已经成为研究热点^[3-4]。快速康复外科通过优化对围术期患者的处理,从而减少手术创伤,降低术后并发症,促进术后康复,达到术后快速康复的目的,快速康复外科护理是在此基础上发展起来的一种护理方式。快速康复外科护理目前在胃肠和肝胆外科等领域得到广泛运用^[5-6],但在子宫内膜癌手术方面的运用仍少有报道。本研究将快速康复外科护理运用到行腹腔镜下子宫内膜癌根治术的患者中,观察其对子宫内膜癌患者术后康复、氧化应激反应和并发症等的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2019 年 1 月至 2020 年 12 月在本院接受腹腔镜下子宫内膜癌根治术的患者 96 例,根据随机数字表法将患者分为观察组和对照组,每组 48 例。观察组平均年龄(55.76 ± 3.63)岁;体质指数(BMI)为(27.63 ± 2.43) kg/m^2 ;合并疾病:高血压 5 例,糖尿病 7 例,冠心病 4 例;肿瘤分期:I 期 33 例,II 期 15 例。对照组平均年龄(56.15 ± 4.13)岁;BMI 为(28.17 ± 2.61) kg/m^2 ;合并疾病:高血压 4 例,糖尿病 8 例,冠心病 5 例;肿瘤分期:I 期 35 例,II 期 13 例。纳入标准:病理检查证实为子宫内膜癌;无明显盆腔粘连;子宫大小小于 12 孕周;无手术和麻醉禁忌证。排除标准:腹部有手术史;合并感染性和炎症性疾病;合并严重心肝肾等重要脏器功能不全;合并其他恶性肿瘤;合并免疫系统疾病和血液疾病;术前有放疗或化疗史;认知功能障碍或合并精神疾病。两组年龄、BMI、合并疾病和肿瘤分期等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。所有患者均签署知情同意书,本研究经医院伦理委员会审核通过。

1.2 方法

1.2.1 护理方法 两组患者均在全身麻醉下行腹腔镜下子宫内膜癌根治术(子宫全切+双侧附件切除+腹主动脉旁淋巴结清扫)。对照组在围术期予以常规护理,观察组在围术期予以快速康复外科护理。常规护理:术前予以常规评估和优化内环境稳态,并予以常规宣教;手术当日零点开始禁食、禁水;术前行常规清洁灌肠;术后予以静脉自控式镇痛泵镇痛;术中开放补液方案,不限制晶体和胶体比例;监测体温;术后常规留置 2 条引流管;术后鼓励患者早期活动,应用双下肢气压泵治疗仪(每天 1 次),使用预防血栓梯度压力弹力袜,皮下注射肝素钙;在无恶心呕吐的情况下术后 8 h 开始给予全流质饮食,并逐步过渡饮食;术后平卧 6 h 后于床上接受腿部按摩等被动活动,术后 1 d 逐渐开始下床活动。快速康复外科护理:术前评估和优化内环境稳态,调整患者的心理状态和营养状

态;术前采用多种模式对手术、麻醉和术后护理进行宣教,缓解患者的心理压力和焦虑情绪;术前 6 h 禁食固体食物,麻醉前 2 h 口服适量的碳水化合物;术前不常规进行肠道准备,只于手术当天肛门注射开塞露 2 支;术后联合静脉自控式镇痛泵和非甾体类抗炎药物镇痛、抗炎,减少阿片类药物和长效麻醉药物的使用;在全身麻醉基础上使用区域阻滞,尽量使用低级别镇痛药物,适当使用非甾体类抗炎药物;术中限制性补液,尽量避免使用过多的胶体;术中全程监测体温并采用多种保暖措施;术后尽量减少留置管道;术前穿梯度压力弹力袜,术前 12 h 皮下注射肝素钙,术后早期活动,应用双下肢气压泵治疗仪(每天 3 次),使用梯度压力弹力袜和肝素钙至术后 4 周;术后 2 h 开始咀嚼口香糖,并开始饮水和进食清流质食物,在无恶心呕吐的情况下,术后 6 h 开始进食全流质食物,逐步过渡饮食;辅以中医针灸等治疗;术后清醒后即可在床上活动及进行踝泵运动,术后 6 h 逐渐开始下床活动。

1.2.2 血清标本留取及检测 患者入院时和术后 3 d 抽取肘静脉血约 5 mL,在室温下静置约 20 min,然后以 3 000 r/min 离心 10 min,留取血清,放置在一 80 °C 冰箱中待测。采用酶联免疫吸附试验检测血清总抗氧化能力(TAC)、肌红蛋白(MYO)、缺血修饰清蛋白(IMA)、晚期氧化蛋白产物(AOPP)、活性氧(ROS)和丙二醇(MDA)水平,所有试剂盒为美国 R&D 公司产品,严格按照试剂盒说明书操作。

1.3 观察指标 比较两组手术相关指标、术后临床指标和术后并发症情况,比较两组治疗前后血清创伤相关指标(TAC、MYO 和 IMA)和氧化应激指标(AOPP、ROS 和 MDA)水平。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 软件进行数据分析。符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组比较采用独立样本 t 检验;计数资料以例数或百分率表示,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 两组手术相关指标比较 两组麻醉时间、手术时间和术中出血量比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),观察组术中体温高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组手术相关指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	麻醉时间 (min)	手术时间 (min)	术中出血量 (mL)	术中体温 (°C)
观察组	48	193.82±42.93	157.37±56.72	114.82±27.73	36.68±0.18
对照组	48	198.36±57.27	162.38±62.74	116.48±32.74	36.21±0.25
<i>t</i>		0.440	0.410	0.268	10.570
<i>P</i>		0.661	0.683	0.789	<0.001

2.2 两组术后临床指标比较 观察组进水时间、进食时间、肛门排气时间、排便时间、下床活动时间和住院时间明显短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 两组治疗前后血清 TAC、MYO 和 IMA 水平比较 两组治疗前血清 TAC、MYO 和 IMA 水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后两组血清 TAC 水平较治疗前明显降低,血清 MYO 和 IMA 水平较治疗前明显升高,且治疗后观察组血清 TAC 水平高

于对照组,血清 MYO 和 IMA 水平低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

2.4 两组治疗前后血清 AOPP、ROS 和 MDA 水平比较 两组治疗前血清 AOPP、ROS 和 MDA 水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后两组血清 AOPP、ROS 和 MDA 水平均较治疗前明显升高,且观察组均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

表 2 两组术后临床指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	进水时间(h)	进食时间(h)	肛门排气时间(h)	排便时间(d)	下床活动时间(h)	住院时间(d)
观察组	48	4.38±1.28	7.78±1.28	23.43±5.27	2.73±0.56	11.83±3.28	3.27±1.18
对照组	48	6.83±1.32	13.74±2.61	35.27±6.18	4.18±1.18	24.58±4.19	5.83±1.63
<i>t</i>		9.232	14.205	10.100	7.691	16.601	8.814
<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

表 3 两组治疗前后血清 TAC、MYO 和 IMA 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	TAC(kU/L)		MYO(ng/mL)		IMA(U/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	48	12.98±2.43	10.38±2.18 ^a	22.75±3.36	24.83±2.75 ^a	65.53±7.44	68.86±5.76 ^a
对照组	48	12.37±2.65	8.45±1.63 ^a	22.15±3.13	27.67±2.16 ^a	65.15±8.36	73.65±6.42 ^a
<i>t</i>		1.175	4.912	0.905	5.627	0.235	3.848
<i>P</i>		0.243	<0.001	0.368	<0.001	0.815	<0.001

注:与同组治疗前比较,^a $P < 0.05$ 。

表 4 两组治疗前后血清 AOPP、ROS 和 MDA 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	AOPP(μmol/L)		ROS(pmol/L)		MDA(μmol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	48	15.76±1.76	32.55±5.85 ^a	37.92±8.38	73.27±10.82 ^a	53.28±7.27	78.42±11.32 ^a
对照组	48	15.39±2.63	48.53±4.74 ^a	37.12±9.27	89.21±11.27 ^a	54.17±8.18	92.28±12.20 ^a
<i>t</i>		0.810	14.704	0.444	7.069	0.563	5.770
<i>P</i>		0.420	<0.001	0.658	<0.001	0.575	<0.001

注:与同组治疗前比较,^a $P < 0.05$ 。

2.5 两组术后并发症比较 观察组术后恶心呕吐、发热寒战和腹胀发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 5。

表 5 两组术后并发症比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	恶心 呕吐	发热 寒战	腹胀	静脉 血栓	尿潴留	淋巴漏
观察组	48	2(4.2)	5(10.4)	1(2.1)	1(2.1)	2(4.2)	2(4.2)
对照组	48	10(20.8)	14(29.2)	8(16.7)	3(6.3)	5(10.4)	4(8.3)
χ^2		4.667	4.200	4.414	0.261	0.616	0.178
<i>P</i>		0.031	0.041	0.037	0.610	0.432	0.673

3 讨 论

腹腔镜下子宫内膜癌根治术由于手术创伤往往

会对患者造成较大影响,且术后恢复也较慢。快速康复外科护理作为一种能够促进患者术后康复和减少手术应激反应的护理方式,已经被广泛运用于多种根治性手术中,并且取得了较好的效果。与快速康复外科护理比较,传统围术期护理具有很多弊端^[7-10]:术前长时间禁食和过度的肠道准备会导致患者口渴、饥饿、肠道菌群紊乱和产生应激反应;术中和术后开放性补液,增加了机体的心脏负荷和组织水肿,导致机体围术期的并发症发生率和病死率明显增加;术中低体温可导致患者在复温过程中产生应激反应,损伤机体的凝血功能和白细胞功能,并且增加心血管不良反应的发生率;术后放置引流管,尤其是长期放置可导致患者术后疼痛和感染,进一步加重患者的应激反

应,从而刺激神经内分泌系统,导致机体出现胰岛素抵抗等一系列问题,最终造成术后多器官功能损伤;术中和术后镇痛不彻底,导致机体应激反应加重;术后活动延迟会降低肌肉强度,增加肌肉量的丢失,损害肺功能和机体抗氧化能力,加重静脉血流瘀滞和促进血栓形成,对患者术后康复具有不利影响。基于上述不足,本研究将在快速康复理念基础上发展起来的快速康复外科护理运用到腹腔镜下子宫内膜癌根治术患者的围术期护理中,结果显示,观察组术中体温明显高于对照组,说明术中采取保温措施对患者低体温的预防具有重要作用。此外,与对照组比较,观察组进水时间、进食时间、肛门排气时间、排便时间、下床活动时间和住院时间均缩短,术后并发症发生率降低,与文献报道的结果类似^[11]。说明快速康复外科护理通过采取一系列针对围术期护理的优化措施,促进了患者术后康复,减少了并发症,改善了患者的预后,显著加快了患者的术后康复进程。

TAC 是反映机体抗氧化能力强弱的重要指标,其水平降低提示抗氧化能力减弱,同时 TAC 还能够间接反映氧自由基的活动水平,是机体氧化损伤的重要评价指标^[12]。MYO 是反映肌源性组织损伤程度的指标,手术操作可损伤各种肌源性组织,导致 MYO 的释放,引起血清 MYO 水平升高,因此 MYO 在某种程度上也反映了手术对机体的损伤程度^[13]。IMA 是人体血清清蛋白的代谢产物,手术引起组织缺血缺氧时,无氧代谢增加,自由基产生增多,血清 IMA 水平明显升高^[14],其同样也反映了手术后组织损伤程度。本研究结果显示,治疗后两组血清 TAC 水平较治疗前明显降低,血清 MYO 和 IMA 水平较治疗前明显升高,且治疗后观察组血清 TAC 水平高于对照组,血清 MYO 和 IMA 水平低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),提示手术对患者的机体造成了一定的氧化损伤和组织损伤,但采用快速康复外科护理能减轻机体氧化损伤和组织损伤的程度。

手术创伤能够导致纤维蛋白原、血小板、组胺和血管活性肠肽的释放,造成微循环障碍,引起脏器缺血再灌注损伤,使机体产生 ROS,而 ROS 水平升高可以导致机体氧化应激反应加强、代谢功能障碍和细胞损伤^[15]。MDA 是机体脂质过氧化的代谢终产物,血清 MDA 水平可反映 ROS 所导致的脂质过氧化程度^[13]。AOPP 是一种新型的蛋白质氧化应激标志物,其水平升高可促进机体炎症因子的合成及全身炎症反应的发生^[16]。本研究结果显示,治疗后两组血清 AOPP、ROS 和 MDA 水平均较治疗前明显升高,且观察组均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),提示手术可使患者的氧化应激反应水平升高,但在围术期使用快速康复外科护理的患者其氧化应激反应水平低于使用常规护理的患者。

综上所述,将快速康复外科护理应用于腹腔镜下子宫内膜癌根治术患者可减轻患者机体氧化损伤和组织损伤,降低氧化应激反应水平,减少术后并发症的发生率,加快患者的术后康复。

参考文献

- [1] CUSIMANO M C, SIMPSON A N, DOSSA F, et al. Laparoscopic and robotic hysterectomy in endometrial cancer patients with obesity: a systematic review and meta-analysis of conversions and complications[J]. *Am J Obstet Gynecol*, 2019, 221(5): 410-428.
- [2] TINELLI R, CICINELLI E, TINELLI A, et al. Laparoscopic treatment of early-stage endometrial cancer with and without uterine manipulator: our experience and review of literature[J]. *Surg Oncol*, 2016, 25(2): 98-103.
- [3] 张坤, 朱锦德, 吕昕亮, 等. 补充性肠外营养在加速康复外科肝癌患者术后的应用[J]. *中华普通外科杂志*, 2019, 34(8): 693-695.
- [4] 王谦, 柏斗胜, 蒋国庆, 等. 加速康复外科在原发性肝癌根治术中的应用研究[J]. *中华普通外科杂志*, 2018, 33(8): 638-641.
- [5] 骆鹏飞, 穆夏黎, 英卫东. 加速康复外科理念联合精准肝切除治疗肝细胞癌的有效性及其安全性分析[J]. *中华普通外科杂志*, 2018, 33(11): 911-914.
- [6] 虞海婷, 陈烨. 胃癌患者术后早期康复护理对胃肠功能的促进效果研究[J]. *中国农村卫生事业管理*, 2017, 37(6): 706-708.
- [7] MOTUZIUK I, SYDORCHUK O, KOSTIUCHENKO Y, et al. Fast-track approach for breast reconstructive surgery in patients with breast cancer[J]. *Breast Cancer (Auckl)*, 2019, 13: 2073532861.
- [8] TAUPYK Y, CAO X, ZHAO Y, et al. Fast-track laparoscopic surgery: a better option for treating colorectal cancer than conventional laparoscopic surgery[J]. *Oncol Lett*, 2015, 10(1): 443-448.
- [9] WU Y, XU M, MA Y. Fast-track surgery in single-hole thoracoscopic radical resection of lung cancer[J]. *J Buon*, 2020, 25(4): 1745-1752.
- [10] WEI J N, LI S X. The relationship between nutritional risks and cancer-related fatigue in patients with colorectal cancer fast-track surgery[J]. *Cancer Nurs*, 2018, 41(6): E41-E47.
- [11] 查爱美, 王小艺, 柴梅园. 加速康复措施对腹腔镜子宫内膜癌根治术患者术后康复的影响[J]. *中国临床医学*, 2020, 27(4): 654-656.
- [12] 王璇, 许莉, 孙明霞, 等. 开腹手术与腹腔镜下子宫肌瘤剔除术对患者肌瘤复发、氧化应激及血清学创伤指标的影响[J]. *中国内镜杂志*, 2021, 27(4): 26-30.
- [13] GOUBELLA A, GANKAM-KENGNE F, BAUDOUX T, et al. Severe myoglobinuric acute kidney injury in a kidney recipient: rapid recovery after hemodialysis with the super high-flux membrane therelite(R)[J]. *Clin Nephrol*, 2017,

88(12):359-363.

[14] 廖庆红,汪飞,陈诗莉. 针刺配合早期康复训练治疗急性脑梗死临床研究[J]. 上海针灸杂志, 2017, 36(3): 269-272.

[15] WANG H, ZHAO L, WU J, et al. Propofol induces ROS-mediated intrinsic apoptosis and migration in triple-negative breast cancer cells[J]. Oncol Lett, 2020, 20(1): 810-

816.

[16] 黄天志. 重组人促红细胞生成素治疗对重度颅脑损伤患者康复期血清学指标的影响[J]. 海南医学院学报, 2017, 23(13): 1859-1862.

(收稿日期: 2021-05-27 修回日期: 2021-10-20)

• 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2022.02.039

某院心外科重症监护室护理人员 MBI-GS 评分的影响因素分析及干预策略

王 敏

郑州大学第一附属医院心外科重症监护室, 河南郑州 450000

摘 要:目的 分析该院心外科重症监护室护理人员职业倦怠量表(MBI-GS)评分的相关影响因素并探讨干预策略。方法 选取该院 2020 年 1 月至 2021 年 1 月 23 名心外科重症监护室护理人员作为研究对象, 收集一般资料, 调查 MBI-GS 评分现况, 并进行影响 MBI-GS 评分的多元线性回归分析。结果 心外科重症监护室护理人员 MBI-GS 评分为(67.59±3.24)分。不同年龄、护理工作年限、心外科重症监护室工作年限、文化程度、职称、婚姻状况、个人月收入、睡眠质量及是否有夜班的护理人员 MBI-GS 评分比较, 差异有统计学意义($P<0.05$)。多元线性回归分析结果显示, 年龄、护理工作年限、心外科重症监护室工作年限、文化程度、婚姻状况、职称、个人月收入、睡眠质量、是否有夜班均为心外科重症监护室护理人员 MBI-GS 评分的影响因素($P<0.05$)。结论 该院心外科重症监护室护理人员职业倦怠为中等偏上水平, 具有较多的影响因素, 根据影响因素给予干预可帮助护理人员缓解职业倦怠感, 提高工作效率。

关键词:职业倦怠; 心外科重症监护室; 影响因素; 护理人员

中图分类号: R47

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2022)02-0271-03

职业倦怠是指工作人员长期在工作时因各种矛盾、冲突引起的挫折感加剧, 最终在情绪、情感、行为上产生的一种身心耗竭状态^[1]。心外科重症监护室护理工作强度高、压力大, 且经常发生各种冲突和应激事件, 护理人员均存在不同程度的职业倦怠, 不仅影响工作效率, 还会导致医疗事故的发生风险增加, 因此需予以高度关注^[2]。鉴于此, 本研究选取本院 23 名心外科重症监护室护理人员作为研究对象, 分析其职业倦怠现状, 调查相关影响因素并探讨干预措施, 以期为提高护理工作质量提供理论依据, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2020 年 1 月至 2021 年 1 月心外科重症监护室护理人员 23 名作为研究对象, 均为女性; 年龄 26~39 岁, 平均(32.74±3.02)岁; 职称: 护士 13 名, 护师 6 名, 主管护师 4 名; 文化程度: 大专 6 名, 本科 17 名; 婚姻状况: 未婚 8 名, 已婚 15 名; 心外科重症监护室工作年限: ≤5 年 7 名, >5 年 16 名。纳入标准: 具有护士资格证书。排除标准: (1) 实习进修的护理人员; (2) 休假或外出无法参加的护理人员; (3) 孕期及哺乳期护理人员。所有研究对象

对本研究知情同意并签署同意书。

1.2 方法

1.2.1 调查量表 (1) 自制心外科重症监护室护理人员一般资料调查表(简称一般资料调查表)收集护理人员的年龄、护理工作年限、心外科重症监护室工作年限、文化程度、职称、婚姻状况、个人月收入、睡眠质量、是否有夜班等资料。(2) 采用职业倦怠量表(MBI-GS)^[3]调查护理人员的职业倦怠程度, 该量表分为情绪衰竭(0~25 分)、工作态度(0~20 分)、成就感(0~30 分)三个维度, 将得分相加除以 15 得出平均分, 平均分乘以 20 换算为 100 分标准分, 得分越高表明护理人员职业倦怠越严重。

1.2.2 调查方法 研究人员现场为纳入研究的护理人员讲解调查方法、调查目的及意义, 发放调查量表, 指导护理人员填写完整, 检查无误后收回。本次调查共发放 MBI-GS 23 份, 一般资料调查表 23 份, 均全部收回, 有效回收率为 100%。

1.3 观察指标 (1) 统计心外科重症监护室护理人员 MBI-GS 评分。(2) 分析心外科重症监护室护理人员 MBI-GS 评分的影响因素。

1.4 统计学处理 采用 SPSS22.0 软件对数据进行