

2019(10):308-309.

[7] CHEN L, CHEN L J, ZHANG H, et al. Emergency admission parameters for predicting in-hospital mortality in patients with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease with hypercapnic respiratory failure [J]. BMC Pulm Med, 2021, 21(1): 258.

[8] 李荣. 小儿重症肺炎伴呼吸衰竭实施综合护理干预对肺功能及家属满意度的改善作用[J]. 黑龙江中医药, 2021, 50(5): 250-251.

[9] DINGLAS V D, CHESSARE C M, DAVIS W E, et al. Perspectives of survivors, families and researchers on key outcomes for research in acute respiratory failure [J]. Thorax, 2018, 73(1): 7-12.

[10] NADIG N R, STERBA K R, JOHNSON E E, et al. Inter-ICU transfer of patients with ventilator dependent respiratory failure: qualitative analysis of family and physician perspectives [J]. Patient Educ Couns, 2019, 102(9): 1703-1710.

[11] 江澜燕, 吴端春, 张敏. 发展性照顾护理在高频振荡通气呼吸机治疗重症呼吸衰竭患儿中的应用 [J]. 医疗装备, 2020, 33(22): 144-146.

[12] XIONG J Y, ZENG S G, XU H, et al. Aggravated respiratory failure from COVID-19 infection: patient care management from nurses in the intensive care unit [J]. Altern Ther Health Med, 2021, 27(S1): 228-232.

[13] IMAI R, MIZUNO A, MIYASHITA M, et al. Bereaved family members' perceived care at the end of life for patients with noncancerous respiratory diseases [J]. Palliat Med Rep, 2021, 2(1): 265-271.

[14] 朱博, 宋卫环, 高晓萌, 等. 脑卒中患者家庭照顾者准备度、社会支持对心理弹性的影响 [J]. 齐鲁护理杂志, 2020, 26(17): 28-31.

[15] GUPTA P, RETTIGANTI M. Success of a patient-and family-centered pediatric specialty care model for management of chronic respiratory failure [J]. Pediatr Crit Care Med, 2018, 19(5): 494-495.

[16] 李艳, 黄永霞, 赵爱平. 上海市社区失能老人家庭主要照顾者焦虑与抑郁情绪现况调查及影响因素分析 [J]. 护理研究, 2019, 33(1): 91-96.

[17] KENDALL M, CARDUFF E, LLOYD A, et al. Different experiences and goals in different advanced diseases: comparing serial interviews with patients with cancer, organ failure, or frailty and their family and professional carers [J]. J Pain Symptom Manage, 2015, 50(2): 216-224.

[18] NADIG N R, STERBA K R, SIMPSON A N, et al. Psychological outcomes in family members of patients with acute respiratory failure: does inter-ICU transfer play a role? [J]. Chest, 2021, 160(3): 890-898.

(收稿日期: 2022-11-17 修回日期: 2023-08-03)

• 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2023.18.031

## 股骨头坏死患者关节置换术后患者心理弹性水平及其影响因素分析

晏淑芬, 陈长莲, 杨 婷

江西省宜春市人民医院骨科二病区, 江西宜春 336000

**摘要:**目的 观察股骨头坏死(ONFH)患者全髋关节置换术(THR)后心理弹性水平, 并分析其相关影响因素。方法 选取 2020 年 10 月至 2022 年 12 月该院收治的行 THR 治疗的 81 例 ONFH 患者进行研究, 采用心理弹性量表(CD-RISC)评估患者术后心理弹性水平, 自制一般资料填写表, 采用线性回归分析 ONFH 患者 THR 术后心理弹性的影响因素。结果 经评估, 81 例 ONFH 患者 THR 术后 CD-RISC 平均评分为(60.98±6.19)分。不同手术类型、自我效能、社会支持及疼痛度的患者 CD-RISC 评分比较, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。经多元线性回归分析显示, 手术类型为双侧 THR、自我效能低水平、社会支持低水平、中重度疼痛是 ONFH 患者 THR 术后心理弹性的影响因素( $P < 0.05$ )。结论 ONFH 患者 THR 术后心理弹性受手术类型、自我效能、社会支持、疼痛程度等因素的影响。

**关键词:** 股骨头坏死; 关节置换术; 心理弹性; 自我效能; 社会支持

**中图分类号:** R687.4

**文献标志码:** A

**文章编号:** 1672-9455(2023)18-2764-04

股骨头坏死(ONFH)是常见的髋关节疾病, 股骨头缺血是主要病因, 髋部外伤、饮酒、吸烟、肥胖等也是诱发 ONFH 的因素, 常使患者出现疼痛、行走困难等症状, 降低日常生活能力。全髋关节置换术(THR)是目前治疗 ONFH 的重要方式, 通过植入人工全髋关节假体以减轻患者症状, 提高其肢体运动功能, 改善生活质量<sup>[1]</sup>。但 THR 创伤较大, 术后短期内患者难以恢复步行功能, 且还可能会出现感染、疼痛等并发症, 导致患者出现恐惧、焦虑等负面情绪, 不利于术

后恢复<sup>[2-3]</sup>。心理弹性是个体面对应激事件时, 能够有效利用自身及外部资源进行自我情绪调节, 促进自我恢复的能力, 对促进心理健康有积极意义, 能够减少不良事件的发生<sup>[4]</sup>。可见, 临床应重点关注 ONFH 术后患者心理弹性水平, 鉴于此, 本研究旨在探讨 ONFH 患者 THR 术后心理弹性的影响因素。现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2020 年 10 月至 2022 年 12 月

本院收治的行 THR 治疗的 81 例 ONFH 患者进行研究。纳入标准:(1)ONFH 诊断符合 2020 临床诊疗指南<sup>[5]</sup>中的相关标准,且经体格检查、X 线、CT 等影像学或病理学检查确诊;(2)接受 THR 治疗;(3)患者年龄 $\geq 18$ 岁;(4)精神正常,听力、语言功能均正常;(5)主动参与调查。排除标准:(1)伴其他髋关节疾病者;(2)以往存在心理疾病史者;(3)合并骨折或骨肿瘤者;(4)近期家庭遭遇其他重大变故者;(5)合并恶性肿瘤者。所有患者对本研究均知情同意,并签署知情同意书。

### 1.2 方法

**1.2.1 心理弹性评估方法** 采用心理弹性量表(CD-RISC)<sup>[6]</sup>对 ONFH 患者 THR 术后心理弹性进行评估,量表的 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.851。量表包含力量性、坚韧性及乐观性 3 个维度,各有 8、13、4 个项目,共计 25 个项目,每个项目记 0~4 分,总分为 0~100 分,得分越高,提示患者心理弹性水平越强。

**1.2.2 自我效能评估方法** 采用一般自我效能感量表(GSES)<sup>[7]</sup>进行评估,量表的 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.828。该量表包含 10 项内容,每项内容记 1~4 分,总分为 10~40 分,得分越高,提示患者自我效能水平越高。若得分 $\leq 20$ 分为低水平, $> 20$ 分为中高水平。

**1.2.3 社会支持评估方法** 采用社会支持评定量表(SSRS)<sup>[8]</sup>进行评估,量表的 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.908;主要从客观、主观支持及对支持利用度 3 个方面进行评估,包括 10 个问题,总分为 12~66 分,得分越高,患者得到的支持越多。若得分 $\leq 36$ 分为低水平, $> 36$ 分表示中高水平。

**1.2.4 一般资料调查问卷表** 调查人员结合本院纳入患者的实际情况,自拟一般资料调查问卷表,记录患者如下信息:性别、年龄、手术类型(单侧 THR/双侧 THR)、文化水平(小学或初中/高中及以上)、居住地(城镇/农村)、职业状态(在职/无业或退休)、婚姻情况(已婚/离异或丧偶)、疼痛程度[采用视觉模拟评分法(VAS)<sup>[9]</sup>判断,总分为 0~10 分,若得分 $\leq 3$ 分为轻度,反之为中重度]。

**1.2.5 质量控制、调查方法** 研究开展前,调查员接受统一培训,需掌握调查方法、如何与患者沟通、问卷回收方法等,考核合格后开展调查。调查员通过统一指导语向患者介绍本次调查目的、流程及问卷填写反方等,待患者同意后发放问卷,采用一对一形式进行调查,每份问卷在 30 min 左右填写完成。若遇到不理解的条目,调查员可向其解释。填写结束后当场核实、补充遗漏项。

**1.3 统计学处理** 采用 SPSS 25.0 软件处理数据,计数资料以例数、百分率表示;呈正态分布的计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,两组间比较采用独立样本  $t$  检验;采用线性回归分析 ONFH 患者 THR 术后心理弹性的相关影响因素。检验水准  $\alpha = 0.05$ ,以  $P < 0.05$  为差

异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 ONFH 患者 THR 术后心理弹性水平及一般资料** 本次发放的问卷均有效回收。经评估,81 例 ONFH 患者 THR 术后 CD-RISC 平均评分为  $(60.98 \pm 6.19)$  分。81 例患者中:男 49 例,女 32 例;年龄 34~63 岁,平均  $(49.65 \pm 5.71)$  岁;单侧 THR 59 例,双侧 THR 22 例;小学或初中文化水平 39 例,高中及以上文化水平 42 例;城镇 44 例,农村 37 例;自我效能低水平 30 例,中高水平 51 例;社会支持低水平 38 例,中高水平 43 例;疼痛轻度 55 例,中重度 26 例。

**2.2 不同资料的 ONFH 患者 CD-RISC 评分比较** 不同手术类型、自我效能、社会支持及疼痛度患者的 CD-RISC 评分比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );其他不同资料患者的 CD-RISC 评分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。见表 1。

**2.3 ONFH 患者 THR 术后心理弹性影响因素的多元线性回归分析** 将 ONFH 患者 THR 术后心理弹性水平作为因变量(CD-RISC 评分,连续变量),将表 1 中经比较后  $P < 0.05$  的变量作为自变量(自变量赋值见表 2)。经线性回归分析,得到方程:  $Y = 41.512 + 5.807 \times X_{\text{手术类型}} + 5.364 \times X_{\text{自我效能}} + 4.692 \times X_{\text{社会支持}} + 6.378 \times X_{\text{疼痛程度}}$ ,其中回归模型  $F = 39.866, R^2 = 0.677$ ,调整后  $R^2 = 0.660$ 。双侧 THR、自我效能低水平、社会支持低水平、中重度疼痛是 ONFH 患者 THR 术后心理弹性的影响因素( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 1 不同资料的 ONFH 患者 CD-RISC 评分比较

项目	n	CD-RISC 评分( $\bar{x} \pm s$ , 分)	t	P
性别				
男	49	61.28 $\pm$ 5.28	0.661	0.510
女	32	60.52 $\pm$ 4.69		
年龄				
<50 岁	50	60.37 $\pm$ 6.11	-1.212	0.229
$\geq 50$ 岁	31	61.96 $\pm$ 5.08		
手术类型				
双侧 THR	22	57.76 $\pm$ 5.49	-2.768	0.007
单侧 THR	59	62.18 $\pm$ 6.69		
文化水平				
小学或初中	39	59.87 $\pm$ 5.34	-1.845	0.069
高中及以上	42	62.01 $\pm$ 5.10		
居住地				
城镇	44	60.43 $\pm$ 6.07	-0.932	0.354
农村	37	61.63 $\pm$ 5.39		
自我效能				
低水平	30	58.11 $\pm$ 4.97	-3.562	0.001

续表 1 不同资料的 ONFH 患者 CD-RISC 评分比较

项目	n	CD-RISC 评分( $\bar{x} \pm s$ , 分)	t	P
中高水平	51	62.67±5.88		
社会支持				
低水平	38	59.29±5.07	-2.550	0.013
中高水平	43	62.47±6.03		
职业状态				
在职	32	61.33±5.97	0.412	0.681
无业或退休	49	60.75±6.33		
婚姻情况				
已婚	56	60.77±6.60	-0.469	0.641
离异或丧偶	25	61.45±4.47		
疼痛程度				
中重度	26	58.16±4.73	-2.996	0.004
轻度	55	62.31±6.26		

表 2 自变量赋值表

自变量	说明	赋值
手术类型	分类变量	单侧 THR=0, 双侧 THR=1
自我效能	分类变量	中高水平=0, 低水平=1
社会支持	分类变量	中高水平=0, 低水平=1
疼痛程度	分类变量	轻度=0, 中重度=1

表 3 ONFH 患者 THR 术后心理弹性影响因素的多元线性回归分析

项目	回归系数	标准化回归系数	回归系数的 95%CI	t	P
手术类型	5.807	0.420	2.688~8.926	3.707	<0.001
自我效能	5.364	0.421	2.491~8.237	3.717	<0.001
社会支持	4.692	0.380	2.271~7.112	3.859	<0.001
疼痛程度	6.378	0.484	3.791~8.966	4.907	<0.001
常量	41.512	-	38.255~44.769	25.386	<0.001

注: - 表示无数据。

### 3 讨 论

ONFH 患者经 THR 手术治疗后,虽然症状得到缓解,但患者对疾病状态及转归情况不明确,难以处理手术带来的应激及术后恢复情况,常常以消极心态面对术后康复,导致患者出现一系列不良情绪<sup>[9]</sup>。据报道,心理弹性较差的患者处理应激压力能力更差,更容易以负性思维面对疾病,不利于康复<sup>[10]</sup>。本研究 81 例 ONFH 患者 THR 术后 CD-RISC 评分为(60.98±6.19)分。可见,ONFH 患者 THR 术后心理弹性有一定上升空间,需积极分析其影响因素。

进一步做多元线性回归分析,结果显示,双侧 THR、自我效能低水平、社会支持低水平、中重度疼痛均是 ONFH 患者 THR 术后心理弹性的影响因素。

分析其原因如下:(1)行双侧 THR 的患者两侧伴严重病变,生活自理能力较单侧患者更差,难以在短期内恢复正常工作、社会交往,自我感受负担水平较重,患者多以消极态度面对术后恢复,自信心下降,导致心理弹性水平降低。因此,护士应更关注双侧病变的 THR 患者,鼓励其积极参与康复训练,促进关节功能恢复,提高患者信心。(2)自我效能水平较高的患者术后能够正确看待疾病对生活造成的影响,有较强的应对信心,趋向于采取面对态度应对,心理弹性水平高;而自我效能低下的患者对手术带来的伤害更加恐惧,认为自己难以应对术后生活,选择逃避、屈服方式应对,降低恢复信心,心理弹性较差<sup>[11]</sup>。因此,护理人员应采取有效自我效能护理措施帮助其恢复信心,强化心理弹性。(3)社会支持较多的患者在术后能够获得来自各方面的鼓励及帮助,提高其康复信心,同时还会积极利用外界支持调节自我情绪,提高心理弹性;而社会支持较少的患者获得外界的帮助少,常常需独自面对 THR 术后恢复问题,内心不良情绪重,心理弹性较差<sup>[12]</sup>。因此,医护人员应主动调动与患者相关的社会支持系统,缓解内心压力,提高心理弹性。(4)疼痛会刺激个体应激反应,损害其身心健康,疼痛越重的患者心境越差,对术后恢复耐受性越低,降低术后康复依从性,这也进一步增加并发症风险,加重患者心理应激,降低心理弹性水平。因此,护士应积极评估患者术后疼痛度,通过转移注意力、热敷、药物等多种方式减轻疼痛,提高心理弹性。

综上所述,ONFH 患者 THR 术后心理弹性受手术类型、自我效能、社会支持、疼痛程度等因素影响。临床应重点关注,并采取有效护理措施以提高患者心理弹性水平。本研究可为今后 ONFH 患者 THR 术后心理弹性的护理措施提供指导。但本研究也有局限性,纳入因素有限,仍有其他可能的因素及资料未被纳入分析,今后需进一步研究相关影响因素。

### 参考文献

- [1] 毕玲俐,王丽娜,马林.人工全髋关节置换术后患者出院准备度及其影响因素分析[J].中华现代护理杂志,2019,25(29):3792-3798.
- [2] 陈立红,许华亮,徐芙蓉,等.全髋关节置换术后患者反刍性沉思水平及其影响因素分析[J].中华全科医学,2020,18(8):1384-1387.
- [3] 张红娟,张少锋.Orem 自理模式对全膝关节置换术患者自理能力及心理弹性的影响研究[J].贵州医药,2021,45(10):1673-1674.
- [4] 张立新,孙悦,牛亮.Orem 自理模式对全膝关节置换术患者自理能力及心理弹性的影响[J].新疆医科大学学报,2020,43(1):110-114.
- [5] 中国医师协会骨科医师分会,骨循环与骨坏死专业委员会,中华医学会骨科分会骨显微修复学组国际骨循环学会中国区.中国成人股骨头坏死临床诊疗指南(2020)

- [J]. 中华骨科杂志, 2020, 40(20): 1365-1376.
- [6] 张丹梅, 熊梅, 李彦章. 心理弹性量表简版在社区老年人中的信效度检验[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2022, 31(4): 942-946.
- [7] 马旻, 艾自胜, 石志道. 一般自我效能感量表在中老年 2 型糖尿病患者中的信度效度检验[J]. 同济大学学报(医学版), 2022, 43(4): 515-520.
- [8] 张帆, 朱树贞, 邓平基. 领悟社会支持量表在国内住院病人社会支持研究中的应用评价[J]. 护理研究, 2018, 32(13): 2048-2052.
- [9] 孙兵, 车晓明. 视觉模拟评分法(VAS)[J]. 中华神经外科杂志, 2012, 28(6): 254.

- [10] 张明慧, 邓苗, 徐芙蓉. 髌关节置换术后患者的心理弹性及其与关节功能水平的相关性[J]. 广西医学, 2019, 41(13): 1724-1727.
- [11] 刘晓宇, 陆海英, 单亚维, 等. 全膝关节置换患者术前心理弹性现状及其影响因素分析[J]. 中华护理杂志, 2022, 57(17): 2102-2108.
- [12] 王欢, 张淑云, 沈翔, 等. 创伤性骨折患者心理韧性的影响因素调查及对创伤后成长的影响分析[J]. 现代生物医学进展, 2022, 22(13): 2579-2582.

(收稿日期: 2023-03-22 修回日期: 2023-07-03)

• 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2023.18.032

## 时机理论下医护一体化延续性护理对结直肠癌术后造口患者康复效果的影响

贺 婷, 左 莹, 钟玉超

江西省萍乡市人民医院普外科, 江西萍乡 337000

**摘要:**目的 研究在时机理论与医护一体化相结合的新型护理模式下结直肠癌术后造口患者康复效果。方法 选取 2018 年 5 月至 2022 年 5 月于该院行结直肠癌术后造口的 155 例患者为研究对象。按随机数字表法将患者分为观察组 78 例和对照组 77 例。对照组采用常规护理模式, 观察组在对照组基础上采用时机理论下医护一体化延续性模式护理。比较两组肠造口患者基本信息量表、状态-特质焦虑量表、造口护理自我效能感量表、结肠造口并发症评估表、造口生活质量量表、满意度表调查情况。结果 经重复测量方差分析显示, 两组状态焦虑评分、特质焦虑评分、自我效能感评分、造口生活质量评分不存在交互效应( $P > 0.05$ ); 出院时、出院后 1 个月、出院后 3 个月状态焦虑和特质焦虑评分均呈下降趋势( $F_{\text{时间}} = 19.687, 21.263, P < 0.001$ ), 且观察组状态焦虑、特质焦虑评分与对照组间差异有统计学意义( $F_{\text{组间}} = 58.371, 49.657, P < 0.001$ ); 出院时、出院后 1 个月、出院后 3 个月自我效能感评分、造口生活质量评分均呈升高趋势( $F_{\text{时间}} = 23.059, 26.710, P < 0.001$ ), 且观察组自我效能感评分、造口生活质量评分与对照组间差异有统计学意义( $F_{\text{组间}} = 45.281, 51.258, P < 0.001$ )。出院后 1、3 个月观察组并发症发生率均明显低于对照组( $P < 0.05$ )。观察组满意度评分高于对照组( $P < 0.05$ )。结论 时机理论下的医护一体化延续性护理能够有效改善结直肠癌术后造口患者的自护能力与生活质量, 且患者并发症的发生率更低、护理满意度更高, 值得临床推广。

**关键词:** 时机理论; 医护一体化; 延续性护理; 结直肠癌; 造口

中图分类号: R473.6

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2023)18-2767-06

结直肠癌手术常需行永久性造口替代原有的肛门来改变原有的排泄途径。但是永久性造口对患者生理、心理、社会和精神问题等方面会产生不良影响<sup>[1-2]</sup>, 不但对患者心理造成严重影响, 而且更易发生并发症<sup>[3-4]</sup>。现阶段的护理存在两方面的不足: 一方面是护理仅仅停留在住院时期, 不能覆盖患者疾病的不同阶段, 缺乏延续性干预; 另一方面是护理仅仅是护士去发挥相应的作用, 而缺少专业的医护一体化联动机制。有学者提出了动态化的护理观点, 即时机理论, 此理论将疾病分为诊断期、稳定期、准备期、调整期、适应期, 不同的时期应有不同的护理措施<sup>[5-6]</sup>。医护一体化的理念由美国护理协会正式提出, 其认为医护一体化是医生和护士之间相互尊重、认同和接受彼此, 并且共同履行的患者的护理责任<sup>[7-8]</sup>。这两种观

点的融合可以弥补现阶段结直肠癌术后造口患者护理的不足, 但关于两种理念相融合的新型护理模式, 国内少见报道。行结直肠癌永久造口的患者术后需长期接受医生与护士的共同治疗、护理, 且不同阶段的护理重点有一定差异性。本研究旨在研究时机理论与医护一体化相结合的新型延续性护理模式对结直肠癌术后造口患者康复效果的影响。现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2018 年 5 月至 2022 年 5 月于该院行结直肠癌术后造口的 155 例患者为研究对象。按随机数字表法将患者分为观察组 78 例和对照组 77 例。本研究经本院伦理委员会批准, 所有患者及家属均签署书面知情同意书。纳入标准: (1) 结直肠手术后进行永久性结肠造口患者; (2) 年龄在 18~70 岁,