

3 讨论

近年来,无创辅助通气在老年 COPD 伴呼吸衰竭患者中得到广泛应用。但由于老年 COPD 患者在使用过程中,易发生不良反应,直接影响了患者能否坚持使用及有效配合^[1]。本研究针对存在的问题,尝试引入临床路径的理念,从而降低了不良反应的发生率。具有如下意义:①使患者充分认识治疗的目的和意义,消除恐惧心理,积极主动接受有效的治疗。在使用无创呼吸机治疗期间,护士可充分依托无创呼吸机教育路径,评估患者的一般情况及学习能力,开展无创呼吸机治疗的健康教育,提高患者对自身疾病的认识,并得到家属的积极配合。②改善护理质量,降低不良反应的发生。本研究中,观察组不良反应(除误吸外)发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。应用无创呼吸机教育路径后,护士能按照路径表主动向患者示教无创呼吸机治疗的配合、面罩连接和拆除的方法、使用的注意事项。每天评估患者鼻面部皮肤情况、口鼻腔湿润度、有无胃肠胀气。护士长和护理组长随时给予督查指导,针对问题积极采取措施,避免不良反应的发生。③提高了患者的满意度和健康知识掌握评分。老年患者对信息接受能力低,常规的健康教育往往效果不佳。通过制定健康教育路径,有针对性地实施健康教育,规范健康教育时间、内容,明确宣教目标^[2]。使用无创呼吸机教育路径后,护士通过循序渐进、科学规范的健康指导,满足了老年患者不同时间的健康需求,提高了患者的相关知识体系和满意度,同时也改善了患者的生活质量。另外,患者或家属提问时是健康教育的最佳时机^[3]。路径要求每次教育时解答患者及家属的问题,针对问题进行恰当的健康教育。

随着生活水平的提高,人们的健康意识逐步提高,对健康教育的需求逐渐增加,对实施健康教育人员的能力要求也越来越高。开展专业健康教育已成为护理工作领域中重要组成部分^[4],健康教育胜任力和持续性决定了护理人员能否对患者进行专业指导^[5]。传统的健康教育模式往往忽略了患者的需求,护士只把它当成一项任务去被动完成,常采用“填鸭式”方法把健康教育内容一次性灌输给患者^[6],患者却无法完全掌握而达不到预期目标。健康教育路径是将临床路径的理论和实践方法借鉴于健康教育的实施,指导护士按计划向患者提供健康教育,逐项落实,避免传统健康教育的主观性、随意性和不确定性。健康教育路径能够提高护士健康教育能力,并降低患者不良反应发生率,提高了满意度。

参考文献

- 1 范素云,黄美珍,李颖,等. AECOPD 病人使用 BIPAP 呼吸机护理过程的持续质量改进 [J]. 护理研究, 2008, 22 (2): 420-422.
- 2 于建梅. 健康教育在整体护理中的时机选择及语言运用 [J]. 解放军保健医学杂志, 2007, 9 (1): 52.
- 3 程秋泓,徐剑强. 健康教育路径对老年肿瘤患者化疗并发肛周脓肿的影响 [J]. 护士进修杂志, 2009, 24 (13): 1222-1223.
- 4 许英妮. 护士健康教育能力的现状及培养 [J]. 国际护理学杂志, 2008, 27 (12): 1331.
- 5 张鸣. 护理专业能力内涵研究范式与发展途径 [J]. 中华护理杂志, 2008, 43 (7): 639-642.
- 6 于江琪. 应用临床护理路径对肾移植患者实施健康教育的效果观察 [J]. 护士进修杂志, 2009, 24 (24): 2264-2266.

(本文编辑: 腾悦)

系统化健康教育对类风湿性关节炎治疗依从性及关节功能的影响

丁梅 刘晓英 耿文真 李莹 于树芳

【摘要】目的 探讨系统化健康教育对类风湿性关节炎治疗依从性和关节功能的影响。**方法** 选取我院 2012 年 11 月至 2013 年 12 月接诊的 160 例类风湿性关节炎患者的临床资料,将所有接诊患者采用随机数字表法分为对照组和观察组各 80 例。对照组给予常规健康教育,观察组给予系统性健康教育,比较两组患者的治疗依从性和关节功能变化情况。**结果** 护理 12 周和 24 周后,观察组患者的依从优良率明显高于对照组患者,组间差异有统计学意义($P < 0.05$);患者的关节功能指标如晨僵时间、疼痛指数、肿胀指数以及关节功能指数等均较对照组患者出现了明显改善,组间差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 系统化健康教育对类风湿性关节炎患者具有十分重要的意义,可明显改善患者的服药依从性和复诊依从性,促进患者的关节功能恢复,提高患者的生活质量,有利于患者的预后,值得临床应用。

【关键词】 系统化健康教育; 类风湿性关节炎; 依从性; 关节功能

中图分类号: R193 **文献标识码:** B

类风湿性关节炎 (Rheumatoid Arthritis, RA) 是一种临

床十分常见的自身免疫性疾病,其病变涉及多个周围关节,病情反复发作,是我国目前导致丧失劳动力和致残的重要因素^[1]。一般而言,类风湿性关节炎是一种终身伴随性疾病,极易造成患者内心焦虑和紧张等负面情绪,不利于疾病本身的恢

复^[2-3]。因此,采取有效的护理措施,对患者进行系统和详细的健康教育,使得患者正确认识类风湿性关节炎,并建立良好的康复行为和习惯对患者的病情改善具有十分重要的意义。本研究选取我院 2012 年 11 月至 2013 年 12 月接诊的 160 例类风湿关节炎患者的临床资料,探讨系统化健康教育对类风湿性关节炎患者的依从性和关节功能的影响,现总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2012 年 11 月至 2013 年 12 月接诊的 160 例类风湿关节炎患者为研究对象,所有患者均符合类风湿关节炎疾病的诊断标准^[4-5]。将所有接诊患者采用随机数字表法分为对照组患者(80 例,常规健康教育),其中,男 49 例,女 31 例;年龄 15~71 岁,平均(38.4±14.3)岁;观察组患者(80 例,系统性健康教育),其中,男 50 例,女 30 例;年龄 16~70 岁,平均(38.9±15.2)岁。2 组患者在年龄、性别、病程等基线资料方面差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 健康宣教

观察组与对照组患者入院后均进行类风湿关节炎疾病的治疗,其中,对照组患者实施常规健康教育,即护理人员遵医嘱简单告知患者相关的注意事项,只对患者提出的问题进行解答;而观察组患者则进行系统化健康教育,主要内容如下。

1.2.1 入院后 由责任护士发放自制的遵医行为问卷调查,评价患者自确诊到治目前的治疗依从性,并通过健康教育需求问卷,掌握患者对自身疾病健康教育的需求,让患者选择其想要的健康教育方式。护理人员根据问卷调查结果,采取集中授课、观摩录像以及个别教育等针对性的健康教育措施;其具体教育内容包括疾病介绍、心理辅导、生活指导、用药指导以及出院指导等。

1.2.2 疾病介绍 护理人员应告知患者有关类风湿关节炎的常识,让患者了解类风湿关节炎是一种慢性全身性免疫性疾病,以受阻小关节受累为主,并伴有多系统炎症。其特征性的症状为慢性、对称型、周围性多个关节炎性病损,其病理为慢性滑膜炎,侵及下层的软骨,造成关节破坏^[6]。其病因不明,可能与下列多种因素有关:①感染因子;②遗传倾向,如父母体弱多病时怀孕及年龄过大或过小时怀孕,压力过大、生活无节、滥用药物等。

1.2.3 心理辅导 护理人员应耐心倾听患者的倾诉,了解患者焦虑的情况,并有针对性地进行相应的心理干预。而且护理人员应对患者详细介绍类风湿性关节炎的相关知识,多列举一些成功治疗的病例,以鼓励患者治疗的信心。同时,护理人员可适当对患者进行放松训练,如播放轻音乐,鼓励患者积极参加适量运动和锻炼等。

1.2.4 生活指导 告知患者应避免受风、受潮、受寒,注意

劳逸结合,保持精神愉快,对于恶寒发热、关节红肿疼痛、屈伸不利者,宜卧床休息,限制受累关节活动。可使用各种矫形支架和夹板是关节保持功能位,避免垂足、垂腕等关节畸形,症状控制后应早期进行关节功能锻炼,肢体活动可以从被动运动向主动运动渐进,活动以能耐受限,对已经发生关节畸形的患者,应鼓励患者尽可能发挥健康肢体的功能。脊柱变性者宜睡硬板床,适时更换卧位,受压部位用软垫保护,防止发生压疮^[7]。如出现晨僵的患者,则晚上睡眠时间使用弹力手套保暖。起床时进行温水或热水浸泡僵硬的关节,起床后活动关节。应参加日常活动,避免长时间不活动。医护人员指导患者饮食宜清淡易消化,饮食有节。膳食应高蛋白、低脂低糖、高维生素、中热量和低盐,少量多餐,少食刺激性食物^[8]。

1.2.5 给药指导 告诉患者应严格按医嘱给药,饭后服用,注意各种药物的副反应,出现唇舌发麻、恶心、心慌等症状时,及时报告医师;风寒湿痹者,重要汤剂宜热服;热痹者,汤剂宜偏凉服;用药酒治疗时注意有无酒精过敏反应等。护理人员督促风湿病患者要学习风湿病方面的知识,了解本疾病的特点,树立与疾病长期斗争的理念^[9]。

1.2.6 出院指导 医护人员应指导患者进行适当的锻炼,增强体质,防止肢体废用,积极预防和控制感染,避免诱发因素。坚持按医嘱服药,定期复查^[10]。此外,护理人员应对患者进行每周电话随访,了解患者的疾病情况和用药情况,并向患者强调按时服药的好处,适当对患者进行心理指导。

比较两组患者的护理后不同时间段的治疗依从性和关节功能恢复情况。其中,治疗依从性分为完全依从(优):患者按时按量坚持服药;部分依从(良):患者不定期服药,但中途间断不多于 3 d 后又重新服药;不依从(差):患者中断服药达 3 d 以上。

1.3 统计学方法

应用 SPSS 17.0 统计软件进行分析处理。计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以百分率表示,采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者不同时间段的治疗依从性比较

护理后 6 周,两组患者的依从优良率基本相当,组间差异无统计学意义($P>0.05$),而护理后 12 周和 24 周,观察组患者的依从优良率明显高于对照组患者,组间差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

2.2 2 组患者的关节功能恢复情况比较

护理前,两组患者的关节功能指标如晨僵时间、疼痛指数、肿胀指数以及关节功能指数等均基本相当,组间差异无统计学意义($P>0.05$),而护理后,观察组患者的以上指标均较对照组患者出现了明显改善,组间差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 1 2 组患者不同时间段的治疗依从性比较 (n)

组别	例数	6 周				12 周				24 周			
		优	良	差	优良率 (%)	优	良	差	优良率 (%)	优	良	差	优良率 (%)
观察组	80	74	4	2	97.5 ^①	71	5	4	95.0 ^①	68	7	5	93.8 ^①
对照组	80	73	4	3	96.3	58	5	17	78.8	57	4	19	76.3

注: ①与对照组比较, $P < 0.05$

表 2 2 组患者的关节功能恢复情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	晨僵时间 (min)		疼痛指数		肿胀指数		关节功能指数	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	80	48.5 ± 13.1	31.2 ± 11.6	11.3 ± 6.02	4.5 ± 2.8	9.1 ± 3.7	4.1 ± 2.2	2.1 ± 0.6	1.0 ± 0.5
对照组	80	45.6 ± 15.1	34.6 ± 16.7	11.4 ± 5.7	6.7 ± 4.5	7.5 ± 3.3	4.0 ± 1.8	1.9 ± 0.7	1.4 ± 0.5
t 值		0.42	3.18	0.74	4.02	0.93	3.27	0.44	3.15
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

研究表明, 类风湿性关节炎由于关节病变的慢性进行性发展, 具有较大的致残可能性, 这也进一步加大了患者对自身疾病的恐惧和担忧等^[11]。但是, 现实情况是, 因为类风湿而导致残疾发生的病例中, 很大比例不是因为疾病难控制造成的, 而是因为患者对疾病和治疗的认知不正确, 采取不正规治疗造成的^[12]。因此, 患者对该病的正确认识有利于患者病情的改善。

系统性健康教育是指通过有计划、有组织和有系统性地对患者进行健康相关的教育活动, 使患者树立健康意识, 自觉采用健康的生活方式, 改变不利于病情改善的行为方式, 从而提高生活质量和促进疾病的恢复。本研究结果显示, 护理 12 周和 24 周后, 观察组患者的依从优良率明显高于对照组患者, 组间差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 而且患者的关节功能指标如晨僵时间、疼痛指数、肿胀指数以及关节功能指数等均较对照组患者出现了明显改善, 组间差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 这显示了系统化健康教育对类风湿性关节炎患者具有十分重要的意义, 可明显改善患者的服药依从性和复诊依从性, 促进患者的关节功能恢复, 提高患者的生活质量, 有利于患者的预后。本研究中, 护理人员对观察组患者采用了系统化健康教育, 护理人员首先对患者讲解有关类风湿性关节炎的相关常识, 让患者充分了解该疾病的特点, 纠正其错误的认识。其次, 护理人员还对患者进行相应的健康指导, 如指导患者采取合理的生活方式, 养成有规律的生活起居, 保证充分的睡眠, 提高机体抵抗力, 从而促进风湿性关节炎的恢复^[13-14]。而且, 护理人员对患者进行相应的饮食指导, 指导患者进食易消化食物, 禁止食用刺激性食物。此外, 护理人员对患者进行相应的给药指导和出院指导, 保证患者出院后仍以较高的治疗依从性接受治疗^[15]。

综上所述, 系统化健康教育对类风湿性关节炎患者具有十分重要的意义, 可明显改善患者的服药依从性和复诊依从性, 促进患者的关节功能恢复, 提高患者的生活质量, 有利于患者的预后, 值得临床应用。

参考文献

- 1 周翠, 肖雪霞. 临床护理路径对类风湿关节炎患者治疗依从性的影响 [J]. 当代护士, 2012, 24 (12): 20-21.
- 2 Maini R, Scular EW, Breedvelt F, et al. Infliximab versus placebo in rheumatoid arthritis patients receiving concomitant methotrexate: A randomized phase III trial [J]. Lancet, 2011, 354 (9194): 1932-1939.
- 3 陶娟, 汪悦, 徐雯, 等. 辨证分型治疗类风湿性关节炎的临床研究 [J]. 南京中医药大学学报, 2012, 28 (2): 118-121.
- 4 Nuki G, Bresniban B, Bear MB, et al. Long term safety and maintenance of clinical imprudent following treatment with anakinra (recombinant human interleukin-1 receptor antagonist) in patients with rheumatoid arthritis: extension phase of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial [J]. Arthritis Rheum, 2012, 46(11): 2838-2846.
- 5 童允洁, 鲍松晴. 健康教育对类风湿关节炎患者疗效及依从性的影响 [J]. 现代医学, 2007, 35 (2): 150-151.
- 6 刘玲玲. 类风湿性关节炎的临床护理探讨 [J]. 中国民族民间医药, 2011, 20 (9): 124-125.
- 7 余菊, 林征, 张育, 等. 类风湿关节炎患者治疗依从性及其影响因素分析 [J]. 使用临床医药杂志, 2013, 17 (18): 75-76.
- 8 陈洞波. 健康教育对类风湿关节炎患者生活质量效果评价 [J]. 医学信息, 2010, 24 (12): 3799-3802.
- 9 邓斯影, 李婵, 郑凯兰. 自我管理教育对风湿病患者自我管理能力的影响 [J]. 中国实用医药, 2010, 5 (3): 68-69.
- 10 孙瑾, 樊宇华, 张利华, 等. 类风湿关节炎患者焦虑水平的调查研究及护理 [J]. 现代生物医学进展, 2011, 11 (16): 3159-3162.
- 11 Saag KG, Teng GG, Patkar NM, et al. American College of Rheumatology 2008 recommendations for the use of no biologic and biologic disease modifying antirheumatic drugs in rheumatoid arthritis [J]. Arthritis Rheum, 2011, 59 (13): 762-766.
- 12 樊宇华, 孙瑶瑾. 类风湿关节炎患者健康需求调查分析 [J]. 齐鲁护理杂志, 2011, 17 (21): 45-46.
- 13 何碧红. 类风湿关节炎患者的护理干预及效果分析 [J]. 中华现代护理杂志, 2011, 17 (7): 788-789.
- 14 刘启华, 王玉玲, 张鹤, 等. 护理干预对类风湿关节炎患者焦虑抑郁心理的影响 [J]. 齐鲁护理杂志, 2012, 10 (10): 729-731.

15 Emery P, Deodhar A, Rigby WF, et al. Efficacy and safety of different doses and retreatment of rituximab: a randomized, placebo - controlled trial in patients who are biological naive with acetive rheumatoid arthritis and an inadequate response to methotrexate Study Evaluating Rituximab

s Efficacy in MTXi Nadequater Esponders (SERENE) [J]. Ann Rheum - Dis, 2010, 69 (12): 1629 - 1635.

(本文编辑: 腾悦)

认知行为干预对肿瘤 PICC 置管患者焦虑抑郁的影响

陆美华 黄敏清 方奕 胡春仪

【摘要】目的 探讨认知行为干预对肿瘤 PICC 置管患者焦虑抑郁的影响。**方法** 选择我院 PICC 置管患者 90 例,随机分为干预组和对照组,每组 45 例。两组患者均接受肿瘤科常规护理,干预组患者在常规护理的同时实施认知行为干预。两组患者在 PICC 置管前 3 d、置管后 1 d 和 7 d 采用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)进行评分,同时在置管前 3 d、置管时、置管后 1 d、3 d、7 d 对穿刺部位进行疼痛评分。**结果** 干预组患者 SAS 及 SDS 在置管后 1 d 和 7 d,疼痛得分在置管时、置管后 1、3、7 d 与对照组比较均有明显改善(均 $P < 0.05$)。**结论** 认知行为干预可以降低 PICC 置管患者心理应激,缓解焦虑抑郁等负性情绪,有效地提高心理承受及适应能力,减轻置管时疼痛,为进一步抗肿瘤治疗提供良好身心准备。

【关键词】 肿瘤; 外周置入中心静脉导管; 认知疗法; 焦虑; 抑郁

中图分类号: R473.73 **文献标识码:** B

外周置入中心静脉导管(PICC)是将一条细小的导管从 upper 肢静脉置入,导管末端最终停留在上腔静脉的置管技术,目前已广泛用于临床,为广大患者提供一条生命线^[1]。PICC 具有操作简便、置管成功率高、创伤小、留置时间长、对日常生活影响小等优点。尽管 PICC 技术具有无可比拟的优势,但是在临床置管中患者及家属还是存在不少的疑虑,如何消除患者对 PICC 置管的疑虑,减轻 PICC 置管患者的心理应激,为进一步的抗肿瘤治疗提供良好的身心准备具有重要的意义。本研究旨在探讨认知行为干预对肿瘤科 PICC 置管患者焦虑抑郁的影响。

1 对象与方法

1.1 对象

纳入标准:①年龄 18~75 岁,确诊为恶性肿瘤;②同意参加并签署知情同意书,并经过医院伦理委员会审批通过;③患者精神良好,PS (Performance Status) 评分 ≤ 2 分,沟通能力良好;④需要进行治疗并首次留置 PICC。排除标准:①患者合并严重心肺功能不良;②以往有精神心理性疾病;③有严重认知能力障碍者。选取 2013 年 7~12 月我院留置 PICC 的肿瘤患者 100 例,排除不符合纳入标准患者 10 例,最后成功进入研究的患者共 90 例。根据电脑软件设置产生的号码,随机分成干预组和对照组,每组 45 例。干预组男 33 例,女 12 例;年龄 25~71 岁,平均(51.13 ± 3.54)岁;文化程度:小学 10 例,中学 15 例,中专或大专 19 例,本科及以上 1 例;

婚姻:已婚 40 例,未婚 5 例;职业:退休 11 例,无职业 15 例,有职业 19 例;付费方式:自费 6 例,农村合作医疗 19 例,医疗保险 20 例;居住地点:市区 18 例,县城 10 例,乡镇 13 例,农村 4 例;置管静脉:右贵要静脉 31 例,左肘正中静脉(汇入贵要静脉) 4 例,左贵要静脉 10 例。对照组男 32 例,女 13 例;年龄 27~72 岁,平均(52.24 ± 5.21)岁;文化程度:小学 12 例,中学 13 例,中专或大专 18 例,本科及以上 2 例;婚姻:已婚 37 例,未婚 7 例,离婚 1 例;职业:退休 9 例,无职业 13 例,有职业 23 例;付费方式:自费 5 例,农村合作医疗 21 例,医疗保险 19 例;居住地点:市区 16 例,县城 9 例,乡镇 15 例,农村 5 例;置管静脉:右贵要静脉 35 例,右肘正中静脉(汇入贵要静脉) 3 例,左贵要静脉 7 例。

1.2 方法

两组患者均接受肿瘤科常规护理,如基础护理、专科指导、健康教育、心理支持,并按医嘱完善各项检查,做好知识宣教,在 PICC 置管前 3 d、置管后 1 d 和 7 d 进行 Zung 焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)评价,调查表必须由患者亲自完成,研究者对表格进行相应的解释与说明。同时在置管前 3 d、置管时、置管后 1、3、7 d 对穿刺部位进行疼痛评分。对照组不接受行为干预,由研究者在活动室对患者进行访谈,解答患者的疑问,向患者发放 PICC 健康小册子,介绍 PICC 置管操作的步骤,配合图片讲解。干预组患者在置管前 3 d 进行认知行为干预。具体方法:①放松训练:由心理咨询师(本院精神卫生研究所专科护士)指导患者放松训练,向患者说明该方法的重要性和作用,指导患者躺在床上,平躺四肢自然张开,手臂自然放在躯干两侧,手掌心贴近大腿两侧,嘱其轻闭眼睛,随着心理咨询师的指导语,从头到脚放松全身肌肉。指导冥想中放松,(幻想自己置身于碧海蓝天下,在沙滩上,在聆听泉水叮咚、鸟语花香的景色