

物,各种感觉不敏感,不能主动说明躯体不适。医护人员的巡视和细心观察、护理对急腹症的及早发现起非常重要的作用。住院精神病患者急腹症的早诊早治需要综合科医护人员的积极配合。加强医护人员的综合知识培训、精神科知识培训、医德教育和工作责任心教育,落实安全巡视管理制度,早发现、早诊断、早治疗有利于并发症好转,这些都是防范住院精神病患者发生急腹症等意外事件的根本措施。精神病患者住在综合医院的精神科更有利于并发躯体疾病的会诊,并发躯体疾病治疗时更有利于意外风险的防范。

参考文献

[1] 周凤仙. 精神病人伴发急腹症的观察及护理[J]. 全科护理, 2006, 4(6): 31.  
[2] 孙秀云. 老年精神病人骨折的护理干预[J]. 中国厂矿医学, 2006, 19(2): 181-182.  
[3] 蔡红霞, 王晓慧. 现代精神疾病护理学[M]. 北京: 人民军

医出版社, 2004: 6-8.  
[4] 宿凤琴. 精神科患者合并有躯体疾病、意外事件发生的护理[J]. 青海医药杂志, 2006, 36(1): 30.  
[5] 张雅珍. 精神疾病合并躯体疾病 60 例临床护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2012, 18(16): 54-56.  
[6] 梁碧玲, 赵继泉. 急腹症的影像学诊断现状[J]. 中国实用外科杂志, 2003, 23(7): 437-440.  
[7] 张冬红, 职艳敏, 王剑英. 老年精神障碍合并糖尿病患者的临床特点及护理干预[J]. 职业与健康, 2006, 22(10): 796-797.  
[8] 齐常萍, 李冰, 秦桂艳, 等. 继续教育对护理查房质量的影响[J]. 实用护理杂志, 2001, 17(6): 57.  
[9] 程家蓉, 李明芳, 祝鑫瑜. 住院精神病患者意外事件及防范对策[J]. 检验医学与临床, 2011, 8(10): 1164-1165.

(收稿日期: 2013-10-21 修回日期: 2014-02-09)

# 个性化指导对胃癌患者术后心理应对方式及生活质量的影响

崔 霞(陕西省延安市人民医院急救站 716000)

**【摘要】 目的** 分析个性化指导对胃癌患者术后心理应对方式及生活质量的影响。**方法** 选择延安市人民医院接受胃癌根治术患者作为研究对象,在术后分别接受常规护理及个性化指导护理,比较两组患者心理应对方式及生活质量评分差异。**结果** 观察组乐观、寻求支持、情感宣泄、面对等积极应对方式评分为(2.74±0.87)、(2.98±0.92)、(2.65±0.73)、(2.77±0.74)分,明显高于对照组;保守、逃避、宿命等负面心理应对方式评分(1.23±0.31)、(0.76±0.21)、(0.89±0.13)分明显低于对照组;躯体功能、角色功能、认知功能、情绪功能、社会功能评分(79.85±6.12)、(89.65±8.32)、(83.45±12.36)、(73.24±6.32)、(66.76±4.54)分,明显高于对照组,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 个性化指导可以有助于患者以积极的心理应对方式面对疾病,提高生活质量。

**【关键词】** 胃癌; 个性化指导; 心理应对方式; 生活质量  
**DOI: 10.3969/j. issn. 1672-9455. 2014. 13. 056 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)13-1868-03**

胃癌为临床多见恶性肿瘤,占胃恶性肿瘤的 95%。对于分期较早的患者均应行根治性手术治疗。由于难以治愈且生存年限受限等特点,胃癌患者术后生活质量已成为研究的热点。传统的健康体检结局指标与生存率、生存时间已无法适应于胃癌患者,生活质量不仅关注患者能够活多久,更关注患者主观感受和生存状态,而这与患者术后的心理应对方式密切相关。因此给予个性化指导以引导患者积极的心理状态面对疾病显得尤为重要。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取本院 2012 年 10 月至 2013 年 10 月住院且行手术治疗的胃癌患者 92 例作为研究对象,所有患者术前均未行新辅助治疗。入选标准:(1)确诊为胃癌并行胃大部切除术;(2)术后无胃穿孔、胃出血;(3)无合并肝肾功能严重障碍;(4)术后采用相同的化疗方案;(5)可完成 1 年随访;(6)年龄大于 40 岁;(7)签署知情同意书。采用数字表法分为观察组和对照组各 46 例。两组患者性别、年龄、病理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,见表 1。

**1.2 治疗方法** 两组患者术后均给予常规化疗,第 1 天:化疗前 12 h 和 6 h 各口服地塞米松,化疗前 30 min 用法莫替丁、苯海拉明抗过敏,顺铂 20 mg/m<sup>2</sup> 加入 0.9%氯化钠注射液 500 mL 静脉滴注;紫杉醇 150 mg/m<sup>2</sup> 加入 0.9%氯化钠注射液 500 mL 静脉滴注 3 h 以上;第 1~5 天:5 氟尿嘧啶 300 mg/m<sup>2</sup> 加入 5%葡萄糖注射液 500 mL 静脉滴注 4 h;亚叶酸钙 100~

200 mg/m<sup>2</sup>加入 5%葡萄糖注射液 250 mL 静脉滴注 2 h 以上。

表 1 观察组与对照组一般资料比较

| 组别  | n  | 性别<br>(男/女) | 年龄(岁, $\bar{x}\pm s$ ) | 病理分期(n) |      |       |
|-----|----|-------------|------------------------|---------|------|-------|
|     |    |             |                        | I 期     | II 期 | III 期 |
| 观察组 | 46 | 28/18       | 59.43±6.32             | 11      | 26   | 9     |
| 对照组 | 46 | 26/20       | 58.12±9.45             | 12      | 25   | 10    |

对照组患者使用临床常规护理,关注其生命体征,出现意外情况及时告知主管医生并积极处理。观察组患者使用胃癌术后个性化指导。具体如下:(1)心理指导。患者术后对于自身手术效果十分关心,护理人员应当在患者清醒后第一时间与其沟通,告知其手术进行顺利与否,后续将接受的治疗,预期的效果等,耐心倾听患者的忧虑,鼓励其以积极的心态面对疾病。嘱患者家属多于其沟通,并给予安慰,使其树立起战胜疾病的信心<sup>[1]</sup>。(2)饮食指导。调查患者饮食习惯、营养头部,根据患者年龄、身体状况、饮食习惯、经济状况,制订科学饮食方案,根据其消化道恢复情况逐步改变,从稀薄、少量、低热量逐步过渡到浓稠、多量、高热量。喂食从少到多,患者进食第一口后十几分钟无不适反应,则继续喂食,期间定时定量进食开水,进食后观察由于吻合口瘘等不良表现。(3)运动指导。根据患者身体状况及术后伤口恢复情况,进行针对性运动指导,对于伤口恢复较好的患者,嘱其早日进行适当运动,首先从起床在床边运

动开始,逐步增加运动量,促进患者免疫系统恢复。

1.3 观察指标

1.3.1 心理应对方式评分 干预后 3 个月,采用 Jabwiece 应对量表(JCS)对胃癌术后患者的心理应对方式进行评分,可以分为乐观、寻求支持、自我依赖、面对、保守、宿命、情感宣泄和逃避 8 种应对方式,每个应对方式有 0~3 分的 4 级评分,0 分表示从来不,1 分表示偶尔、2 分表示经常,3 分表示总是。

1.3.2 生活质量评分 干预后 3 个月,采用生活质量核心量表(QLQ-C30)<sup>[2]</sup>评估两组患者治疗后的生活质量评分,包括躯体功能、角色功能、认知功能、情绪功能、社会功能 5 个功能尺度,赋值 0~100 分,分值越高生活质量越好。

1.4 统计学方法 采用 SPSS18.0 软件对上述数据进行统计

学分析,计量资料用  $\bar{x} \pm s$  表示,采用  $t$  检验或方差分析,计数资料用频数  $n$  或率(%)表示,采用  $\chi^2$  检验,以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 心理应对方式评分 见表 2。观察组乐观、寻求支持、情感宣泄、面对等积极应对方式的评分明显高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ );保守、逃避、宿命等负面心理应对方式评分明显低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

2.2 生活质量评分 见表 3。观察组躯体功能、角色功能、认知功能、情绪功能、社会功能评分均明显高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

表 2 观察组与对照组心理应对方式评分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 乐观        | 寻求支持      | 情感宣泄      | 自我依赖      | 面对        | 保守        | 逃避        | 宿命        |
|-----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 观察组 | 2.74±0.87 | 2.98±0.92 | 2.65±0.73 | 2.34±0.56 | 2.77±0.74 | 1.23±0.31 | 0.76±0.21 | 0.89±0.13 |
| 对照组 | 1.12±0.33 | 1.32±0.41 | 1.43±0.82 | 1.03±0.27 | 0.82±0.11 | 2.87±0.68 | 2.95±0.63 | 3.01±0.82 |
| $t$ | 2.124     | 2.651     | 3.271     | 4.395     | 5.372     | 2.479     | 5.332     | 6.198     |

表 3 观察组与对照组患者生活质量评分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 躯体功能       | 角色功能       | 认知功能        | 情绪功能       | 社会功能       |
|-----|------------|------------|-------------|------------|------------|
| 观察组 | 79.85±6.12 | 89.65±8.32 | 83.45±12.36 | 73.24±6.32 | 66.76±4.54 |
| 对照组 | 64.43±5.42 | 64.36±6.42 | 53.42±4.63  | 36.42±4.25 | 42.12±3.21 |
| $t$ | 4.658      | 5.324      | 6.342       | 5.825      | 4.542      |

3 讨 论

胃癌为临床多见消化系统恶性肿瘤,其主要治疗方式为手术根治性治疗。许多病情分期类似的患者在接受胃癌根治术后,5 年生存率及术后生活质量却大相径庭,究其原因目前许多学者认为与患者术后心理应对方式不同关系密切<sup>[3]</sup>。人们遇到突发事件时产生的心理反应各不相同,有的选择积极乐观面对,与人倾诉,但是也有人选择逃避消极的方式面对,不同的心理应对方式往往决定患者的最终行为,也影响事件的最终结局<sup>[4]</sup>。对于胃癌患者而言,在接受手术后多对于手术效果存在疑虑,对自身的存活时间存在担忧,部分患者会积极与医护人员沟通了解手术情况及后续治疗,与家属进行倾诉说出自身的忧虑,但是也有部分患者拒绝面对病情,认为自身必死无疑,也较少与家人倾诉,将所有担忧与绝望等负面情绪闷在心中,而这两类患者的术后效果与整体生活质量往往相差较大<sup>[5]</sup>。

由于恶性肿瘤性疾病的冲击,患者往往遭受了巨大的心理创伤,加上手术的有创操作对患者身体的损伤,胃癌患者术后多呈现不同程度的身心受创,此时护理干预措施的恰当与否对患者的最终治疗结局关系较大<sup>[6]</sup>。护理人员应当了解患者的心理状态,积极与之沟通使其主动诉说,使负面情绪得以释放,也应当鼓励其多与家人沟通,感受家人的关爱与温暖<sup>[7]</sup>。除此之外,护理人员应当指导患者进行正确的饮食、运动等,使其术后免疫能力尽快恢复,有助于降低术后感染发生,提高其整体生活质量。反观传统的护理模式,由于忽略对患者个体化的指导,对其心理状态关注不足,仅给予住院患者常规干预,往往导致胃癌术后患者的负面情绪无法得到宣泄,日常生活细节也出现错误,影响疗效<sup>[8]</sup>。

目前国内外学者对于胃癌术后护理的研究,大都专注于患

者的生存质量方面,而较少关注患者术后心理应对方式<sup>[9-10]</sup>。本文从个性化护理角度出发,探讨护理干预对胃癌术后患者心理应对方式和生活质量的影响,从而观察心理应对方式及生活质量的差异。结果表明,观察组患者乐观、寻求支持、情感宣泄、面对等积极应对方式的评分明显高于对照组;体现在患者术后的生活质量方面,观察组患者的 5 个功能评分均明显高于对照组。由此可见,对胃癌术后患者给予个性化指导有助于诱导患者以积极的心理应对方式面对疾病及后续治疗,提高其生活质量。

综上所述,对于接受根治性手术治疗的胃癌患者而言,在其术后应当给予个性化指导,了解其情绪状态并引导其以积极的心理应对方式去面对,同时给予住院各个环节包括饮食、运动等方面的指导,提高患者的整体生活质量,具有积极的临床意义。

参考文献

[1] 陈彩连. 针对性护理干预对胃癌化疗患者焦虑的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28(24): 70-71.

[2] Bjordal K, de Graeff A, Fayers PM, et al. A 12 country field study of the EORTC QLQ-C30 (version 3. 0) and the head and neck cancer specific module(EORTC QLQ-H&N35) in head and neck patients. EORTC Quality of Life Group[J]. Eur J Cancer, 2000, 36(14): 796-807.

[3] 叶梅, 冯正直, 刘可愚, 等. 晚期恶性肿瘤患者发生抑郁的相关因素研究[J]. 临床肿瘤学杂志, 2013, 18(4): 357-360.

[4] 赵壁, 田俊. 胃癌术后患者医学应对方式及对生存时间影

- 响的调查研究[J]. 护士进修杂志, 2011, 26(2): 168-170.
- [5] 杨宇红, 赵宜良, 张涛. 胃癌根治术后心理及饮食干预对患者生活质量和复发等预后因素的影响[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2007, 14(1): 82-84.
- [6] Filazoglu G, Griva K. Coping and social support and health related quality of life in women with breast cancer in Turkey [J]. Psychol Health Med, 2008, 13(5): 559-573.
- [7] 韩红梅. 胃癌患者术后的心理护理[J]. 中国现代药物应用, 2013, 7(14): 220-221.
- [8] 巩杰. 胃癌患者围手术期的心理护理及术后饮食指导[J]. 中国初级卫生保健, 2008, 22(8): 86-88.
- [9] 赵壁, 王晓霞, 李蓉, 等. 营养和心理因素对胃癌患者术后半年生活质量的影响[J]. 解放军护理杂志, 2012, 29(9): 15-18.
- [10] 卢念培. 循证护理模式对改善胃癌术后患者生存质量的效果评价[J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28(8): 42-43.
- (收稿日期: 2013-11-14 修回日期: 2014-02-15)

## 手术室护理人员体力处理操作的职业危害调查分析与防护

杨 畅, 方玉淑, 马红利<sup>△</sup> (重庆市肿瘤医院手术室 400030)

**【摘要】 目的** 了解手术室护理人员对体力处理操作职业危害的认识及防护现状, 探讨体力处理操作的危害及防护措施。**方法** 对重庆市肿瘤医院 38 名手术室护士采用自行设计问卷形式进行临床调查并查阅相关资料进行分析、归纳存在的有害因素并拟定防护措施。**结果** 被调查的 38 名护士中, 18 名曾在护理工作中因体力处理操作不当引起机体损伤, 占 47.3%, 但只有 11 名了解如何减少因体力处理操作不当引起的损伤, 占 23.7%。手术室护理人员对体力处理操作职业危害的防护意识薄弱。**结论** 加强手术室护士体力处理操作相关防护知识的教育, 提高自我防护意识, 降低职业危害, 势在必行。

**【关键词】** 手术室; 护理人员; 体力处理操作

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.13.057 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2014)13-1870-02

体力处理操作是指用手、手臂或其他身体动作去移动或支撑负荷物<sup>[1]</sup>。手术室护理工作涉及到仪器设备的移用、手术体位的安置、手术患者的搬运、器械包及物品的拿取等, 体力处理操作不当危害护理人员的身体健康。

### 1 对象与方法

**1.1 调查对象** 对本院 38 名手术室护理人员进行调查, 平均年龄 33.4 岁; 工龄 1~34 年; 其中副主任护师 2 名, 主管护师 6 名, 护师 5 名, 护士 25 名。

**1.2 调查方法** 采用自行设计“手术室护理人员体力处理操作职业危害情况调查表”, 内容包括一般情况: 年龄、护理专业学历、工龄、职称; 你是否知道体力处理操作的定义; 你知道的体力处理操作职业危害的种类; 在工作中是否受过体力处理操作相关职业损伤及损伤种类; 你是否接受过体力处理操作职业危害预防等相关培训等。发放问卷 38 份, 回收 38 份, 回收率 100%。

### 2 结 果

**2.1 对体力处理操作职业危害的认知水平** 在工作中因体力处理操作不当引起机体损伤 18 名 (47.3%), 对体力处理操作概念了解 13 名 (34.2%), 了解体力处理操作职业危害的分类 17 名 (44.7%), 接受过相关知识培训 9 名 (23.7%), 如何减少因体力处理操作不当引起损伤的发生 11 名 (29.0%)。

**2.2 体力处理操作分类情况** 被调查护士中, 有 17 名发生过撞伤, 占 44.7%; 3 名发生过砸伤, 占 7.8%; 2 名出现颈肩部肌肉劳损, 占 5.2%; 1 名曾因体力处理操作不当造成机体损伤而请病假影响正常工作, 占 2.6%。

### 3 讨 论

#### 3.1 体力处理操作不当的危害

**3.1.1 累积性劳损** 累积性劳损是指长期姿势不当或负荷过重而引起肌肉、关节等部位的损伤<sup>[2]</sup>。骨骼肌肉损伤是体力处理操作不当引起最常见的职业危害之一, 包括腰背痛、颈肩痛、

肩周劳损等。

**3.1.1.1 腰背痛** 职业性腰背痛是指由于不同职务或劳动工作而产生、恶化的腰背痛<sup>[3]</sup>。巡回护士在工作中频繁搬运患者、移取重物、协助铺置器械台、安置体位及调节灯光均是造成腰背痛的职业性相关因素。

**3.1.1.2 颈肩痛** 长时间的固定姿势极易使肌肉、肌腱疲劳, 由于长时间张弛失调, 造成局部血液循环不良, 导致颈椎病的发生<sup>[4]</sup>。器械护士进行手术配合时颈部姿势相对固定且持续时间较长及巡回护士频繁进行灯光调节均易导致颈肩部肌肉劳损。

**3.1.1.3 下肢静脉曲张** 下肢静脉曲张是指在各种因素作用下致使下肢静脉内出现异常的血液反流, 引起肢体远端静脉高压, 最终形成慢性溃疡为主的综合征<sup>[5]</sup>。器械护士上台时需要长时间站立, 活动少, 发生下肢静脉曲张概率高。

**3.1.2 意外伤害** 包括扭伤、撞伤、砸伤、跌倒等, 多由于操作时用力过度、体力处理操作不当、手术室环境因素、性格急躁等原因造成。

#### 3.2 体力处理操作不当产生的原因

**3.2.1 培训力度不够** 国内护士学校普遍未设置职业安全防护教育课程<sup>[6]</sup>。许多学生参加工作后, 医院管理层重视不足, 更多组织针刺伤等职业暴露预防知识的培训、无体力处理操作危害防护相关的系统培训及教育措施。

**3.2.2 职业防护意识缺乏** 近年来, 医护人员对职业危害中的生物学危害、化学性危害的防护意识已有所提高, 但大多数护理人员对体力处理操作的危害却未引起足够认识, 对各种危险因素不能准确评估, 无法正确应用力学原理; 大部分护士存在侥幸心理, 缺乏学习相关防护知识的积极性; 管理层重视不够, 防护措施缺乏。

**3.2.3 工作环境** 手术室护理人员长期在一个封闭、拥挤的环境中工作, 工作量较大、持续时间长、节奏快。护理人员面临

<sup>△</sup> 通讯作者, E-mail: Mr6916@126.com。