

2009,13(3):304-311.

[6] Gandhi NR, Shah NS, Andrews JR, et al. HIV coinfection in multidrug-and extensively drug-resistant tuberculosis results in high early mortality[J]. Am J Respir Crit Care Med, 2010, 181(1): 80-86.

[7] Shiraish Y, Katsuragi N, Kita H, et al. Different morbidity after pneumonectomy; multidrug-resistant tuberculosis versus non-tuberculous mycobacterial infection[J]. Interact Cardiovasc Thorac Surg, 2010, 11(4): 429-432.

[8] Shiraishi Y, Katsuragi N, Kita H, et al. Aggressive surgi-

cal treatment of multidrug-resistant tuberculosis [J]. J Thorac Cardiovasc Surg, 2009, 138(5): 1180-1184.

[9] Kang MW, Kim HK, Choi YS, et al. Surgical treatment for multidrug-resistant and extensive drug-resistant tuberculosis[J]. Ann Thorac Surg, 2010, 89(5): 1597-1602.

[10] 王亚丽, 牛艳萍, 刘思文, 等. 护士长质量监控记录手册在护理质量持续改进中的应用[J]. 解放军医药杂志, 2013, 25(5): 94-97.

(收稿日期: 2014-08-28 修回日期: 2014-11-06)

围术期患儿家长心理健康状况调查分析*

李德霞, 李良兰, 唐万珍(重庆医科大学附属永川医院, 重庆 402160)

【摘要】 目的 调查围术期患儿家长的心理健康状况, 为对围术期患儿家长开展心理干预提供依据。**方法** 选取 2013 年 5 月至 2014 年 3 月在重庆医科大学附属永川医院进行手术的患儿的家长 60 名, 采用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)评价其心理健康状况。**结果** 60 名围术期患儿的家长存在中度焦虑及中度抑郁, SAS 得分及 SDS 指数分别为(61.78±13.04)分和 60.63±6.69; 且母亲的焦虑和抑郁程度高于父亲, 组间比较差异均有统计学意义($P < 0.01$)。**结论** 围术期患儿的家长心理健康状况较差, 应在患儿手术期间积极地开展心理健康教育, 以促进患儿成功手术和有效康复, 并有助于预防和缓解不必要的医患矛盾。

【关键词】 患儿; 围术期; 家长; 焦虑; 抑郁

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2015.05.053 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2015)05-0704-02

随着生物-心理-社会这一新医学模式的产生, 广大医护人员都认识到在疾病的治疗护理过程中, 心理和社会环境因素的影响往往是不可忽视的^[1]。对于患儿, 尤其是处于手术期的患儿, 仅仅关注疾病的医治和护理远远不够。在患儿给家庭和照料者造成沉重的负担和心理应激的同时, 家庭不良的情感气氛和照料者对待患儿的不适当行为方式可以反过来影响患儿对疾病和治疗的态度, 并影响疾病的预后^[2]。本研究对围术期患儿家长的心理状况进行调查, 为围术期患儿家长开展心理干预提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 5 月至 2014 年 3 月在本院进行手术的患儿家长 60 名, 其中父亲 29 名, 母亲 31 名。

1.2 调查问卷 本调查问卷包括 2 个部分。第 1 部分是焦虑自评量表(SAS), 第 2 部分是抑郁自评量表(SDS)。SAS 含有 20 个项目, 分为 4 级评分, 主要评定项目所定义的症状出现的频度, 其标准: 1 分为没有, 2 分为小部分时间, 3 分为相当多时间, 4 分为绝大部分时间或全部时间。其中, 第 5、9、13、17、19 这 5 个题项为反向计分题。SAS 的总分数越高, 表示焦虑症状越严重。一般来说, 焦虑总分低于 50 分者为正常; 50~60 分者为轻度, 61~70 分者为中度, 70 分以上者为重度焦虑。SDS 也包含 20 个项目, 答案选项有无、有时、经常、持续共 4 个等级, 评分为 1~4 分, 逐渐加重。其中, 第 2、5、6、11、12、14、16、17、18、20 这 10 个题项为反向计分题。SDS 最后结果的计算方法是先把 20 个题目综合相加, 得出总分, 再转换成百分指数(指数=得分÷总分×100)。指数在 50 以下属于正常范围(无抑郁症状), 50~59 属于轻度抑郁, 60~69 属于中度抑郁, 70 及以上为重度至严重抑郁。

1.3 调查方法 本调查采用问卷填写的方式。由经过培训的护士在患儿手术前向患儿家长发放问卷, 家长采用匿名填写。

待家长填写完毕交回问卷后, 实施调查的护士再把该家长的信息以便条的形式贴于问卷上, 以便对之进行有针对性的分析和干预。

1.4 统计学处理 严格按照 SAS 和 SDS 的计分原则对问卷进行数据编码。采用 SPSS17.0 统计学软件对编码后的数据进行统计分析, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用独立样本 t 检验比较父亲和母亲在焦虑和抑郁方面的差异。以 $\alpha = 0.05$ 为检验水准, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

统计结果表明, 60 名围术期患儿家长 SAS 得分为(61.78±13.04)分, 总体上存在中等程度的焦虑; SDS 指数为 60.63±6.69, 呈中等程度的抑郁。进一步分析显示, 29 名父亲的焦虑状况处于正常水平, 但具有轻度的抑郁; 31 名母亲的焦虑状况则处于重度水平, 并且伴有中等程度的抑郁; 母亲的焦虑和抑郁程度均高于父亲, 组间比较差异均有统计学意义($P < 0.01$)。见表 1。

表 1 父亲与母亲的焦虑和抑郁状况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	SAS 得分(分)	SDS 指数
父亲	29	48.86±4.31	57.33±7.85
母亲	31	73.87±2.17	63.71±3.20
<i>t</i>		-28.066	-4.071
<i>P</i>		<0.01	<0.01

3 讨论

目前我国大多数家庭都是独生子女, 孩子患病对整个家庭而言是一种负性生活事件。尤其当患儿被诊断患有需要进行

* 基金项目: 重庆医科大学附属永川医院科研项目(YJQN201324)。

手术的疾病时,家长的负性影响通常比一般患儿家长更大,作为一种更强的心理应激源,必然产生更加强烈的心理反应^[3]。大量研究发现,父母的心理状态是患儿成功进行手术和术后有效康复的重要影响因素。有研究对血管瘤患儿家长的心理状况进行分析后表明,血管瘤病变造成的畸形缺陷、感染、功能障碍,以及治疗创伤和治疗后继发畸形等,均会对患儿家长的精神、心理健康产生严重的影响^[4]。而家长的精神心理状态又会深刻地影响患儿的心理发育,可致患儿出现心理障碍,甚至使部分患儿产生终生的心理残疾,严重影响患儿及其家属的生活质量^[5]。此外,关于精神疾病患儿的研究表明,患儿家长不仅需要承担照料及看护工作,还承受着更大的心理压力及经济负担,必将给整个家庭的生活质量造成严重的影响^[6]。国外研究表明精神障碍,尤其是重型精神障碍患者所造成的家庭负担及其对家庭的影响已超过了糖尿病、冠心病、癌症等慢性疾病^[7]。

本研究表明,围术期患儿家长存在着不同程度的焦虑和抑郁方面的心理健康问题,尤其是患儿母亲的心理状况不容忽视,应采取积极的干预措施对其进行有效的辅导。全面系统地研究与分析围术期患儿家长的心理状况及其影响因素,对促进患儿成功手术和有效康复,以及提高家长的生活质量和生活满意度非常重要^[8]。同时,对患儿家长的心理问题进行及时的辅导与调适,对缓解和消除不必要的医患矛盾而言,也具有相当重要的价值和意义。

综上所述,围术期患儿家长,尤其是患儿母亲的心理健康状况较差,应在患儿手术期间积极地开展心理健康教育,以促

进患儿成功手术和有效康复,并有助于预防和缓解不必要的医患矛盾。

参考文献

- [1] 邹文艳,何萍萍. 家长参与疼痛护理在先天性心脏病患儿手术后的应用[J]. 上海护理, 2011, 11(6): 15-17.
- [2] 程亚艳,张文秀,苏曼. 急诊手术患儿家长焦虑因素的分析及应对措施[J]. 安徽卫生职业技术学院学报, 2012, 11(2): 70-71.
- [3] 李梅香,吴九菊,唐艳英. 护理干预对手术患儿家长心理的影响[J]. 当代护士: 专科版, 2010, 3(3): 118-120.
- [4] 朱正云,李欣. 尿道下裂手术患儿家长的焦虑心理分析及护理干预[J]. 现代临床医学, 2011, 37(1): 74-76.
- [5] 颜光堂. 血管瘤患儿家长的心理状况分析[D]. 泸州: 泸州医学院, 2009.
- [6] 程小菁. 精神疾病患儿家长生活质量及心理健康状况的对照研究[D]. 济南: 山东大学, 2008.
- [7] 徐璐,苏迎春. 手术患儿家长的心理护理[J]. 中国社区医师: 医学专业, 2011, 25(29): 298.
- [8] 刘佩珍,温苑明,钟静,等. 家长焦虑水平对择期手术患儿合作程度的影响[J]. 现代临床护理, 2008, 7(6): 7-8.

(收稿日期: 2014-07-31 修回日期: 2014-10-11)

PDCA 循环在肿瘤科胸腹腔引流患者非计划性拔管中的应用

刘密密, 王林娟[△], 王 燕, 左 杨(第三军医大学附属新桥医院肿瘤科三病区, 重庆 400037)

【摘要】 目的 探讨 PDCA 循环在肿瘤科胸腹腔置管患者非计划性拔管的管理中的应用效果。方法 应用 PDCA 循环管理对 2012 年 105 例胸腹腔置管患者中发生非计划性拔管的 11 例患者进行系统分析, 然后以计划、实施、检查、处理的程序进行循环管理。结果 2013 年非计划性拔管发生的发生率由 10.48% 下降至 2.83%, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 将 PDCA 循环应用于胸腹腔置管的肿瘤患者中, 有效降低了非计划性拔管的发生率, 增进了医护协作, 提高了护理质量和护理管理水平。

【关键词】 PDCA 循环管理; 胸腹腔置管; 非计划性拔管

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2015.05.054 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2015)05-0705-02

PDCA 循环由美国统计学家戴明博士提出, 它反映了质量管理活动的规律。P (Plan) 表示计划, D (Do) 表示实施, C (Check) 表示检查, A (Action) 表示处理。PDCA 循环是企业经营管理的重要方法, 也是护理质量管理最基本的方法之一^[1]。胸腹腔引流在肿瘤科应用广泛, 是晚期恶性肿瘤患者产生胸腔积液、腹水的常规处理措施。管道意外脱落会给患者带来不必要的痛苦和经济负担, 甚至引发气胸、危及生命, 若处理不当还可能引起医疗纠纷。非计划性拔管占据护理不良事件的很大比例, 为了降低非计划性拔管的发生率, 全面提高患者的护理质量和护理安全, 本科室于 2013 年 1 月导入 PDCA 循环模式, 取得较满意的效果。现将具体做法报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 1 月 1 日至 12 月 31 日于本科室行胸腹腔穿刺置管术的患者 105 例纳入对照组, 2013 年 1 月至 12 月于本科室行胸腹腔穿刺置管术的患者 106 例纳入观察组。

1.2 方法 采用 PDCA 循环管理模式的计划、实施、检查和

处理 4 个阶段。

1.2.1 计划阶段 (1) 分析现状: 由护理质控小组成员对对照组中术后发生非计划性拔管的 11 例患者进行回顾性分析, 其中男 7 例、女 4 例; 年龄 25~74 岁, 平均 57 岁; 肺癌 5 例, 卵巢癌 2 例, 结肠癌 2 例, 胃癌 1 例, 肝癌 1 例; 因管道固定不牢脱出 5 例(45.45%), 因脑转移烦躁不安脱出 3 例(27.27%), 因重度癌痛脱出 2 例(18.18%), 护士翻身时脱出 1 例(9.1%)。管道脱落时间在置管后 2~22 d, 夜间占 72%, 白天占 28%^[2-3]。(2) 分析原因: 结合临床经验及相关文献分析, 认为导致非计划性拔管的原因主要为以下几个方面。① 医护因素: 医生缺少风险评估的经验, 固定的敷料选择不恰当, 使用了一些黏性不强的敷料; 管道外露太多, 固定方法不牢固; 在护士对患者翻身时或者在胸腔积液的重力作用下容易脱出^[2]。② 患者因素: 肿瘤晚期患者自理能力下降, 且胸腔积液、腹水患者常伴有胸闷、呼吸困难、腹胀、疼痛、烦躁不安等不适症状, 增加了非计划性拔管的风险^[4]; 患者及其家属的重视程度不够, 本院收治的患者大多来自偏远农村, 文化知识水平较低, 理解能力

[△] 通讯作者, E-mail: 813436645@qq.com。