

- 喹诺酮耐药基因和 β 内酰胺酶基因检测[J]. 中国感染与化疗杂志, 2017, 17(3): 293-297.
- [7] 李光辉, 朱德妹, 汪复, 等. 2012 年中国 CHINET 血培养临床分离菌的分布与耐药性[J]. 中国感染与化疗杂志, 2014, 14(6): 474-481.
- [8] 胡付品, 朱德妹, 汪复, 等. 2013 年中国 CHINET 细菌耐药性监测[J]. 中国感染与化疗杂志, 2014, 14(5): 365-374.
- [9] 胡付品, 朱德妹, 汪复, 等. 2014 年 CHINET 中国细菌耐药性监测[J]. 中国感染与化疗杂志, 2015, 15(5): 401-410.
- [10] 江胜娟, 陈芳, 李丽. 西宁市某医院 3 287 份血培养病原菌的分布及耐药性分析[J]. 医学动物防制, 2017, 33(2): 147-150.

(收稿日期: 2017-10-22 修回日期: 2018-01-17)

• 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2018.12.034

纽曼护理模式应用于腹腔镜全子宫切除术中对患者心理状态和术后康复的影响*

姚碧蔚¹, 胡素蕾², 袁 华³

(江苏省无锡市妇幼保健院: 1. 计划生育科; 2. 手术室; 3. 妇科 214002)

摘要:目的 探讨纽曼护理模式应用于腹腔镜全子宫切除术中对患者心理状态、术后康复的影响。方法 选取 2014 年 9 月至 2015 年 9 月收治的行腹腔镜全子宫切除术的 51 例患者作为对照组, 给予常规护理; 另选取 2015 年 10 月至 2016 年 10 月收治的行腹腔镜全子宫切除术的 51 例患者作为观察组, 给予纽曼护理模式护理。观察并记录两组患者护理前后采用汉密尔顿焦虑量表各因子评分、应对方式评分和术后康复情况, 并进行比较分析。**结果** 观察组患者护理后焦虑、失眠、恐惧、紧张、认知功能评分均低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 观察组患者护理后积极应对方式评分高于对照组, 消极应对方式评分低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 观察组患者术后初次排便时间、初次排气时间、住院时间均短于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 纽曼护理模式应用于腹腔镜全子宫切除术中可明显改善患者手术时焦虑情绪, 增强患者积极应对方式, 促进术后早日康复, 值得临床推广应用。

关键词: 纽曼护理模式; 腹腔镜全子宫切除术; 心理状态; 应对方式; 术后康复**中图分类号:** R713.4; R494**文献标志码:** A**文章编号:** 1672-9455(2018)12-1812-03

子宫是女性重要的生殖器官, 患上子宫疾病需切除后会对其生理和心理造成严重打击, 产生抑郁、悲观等不良心理情绪的概率较高, 对患者的心理健康造成严重威胁, 并且对术后机体康复产生负面影响^[1]。随着临床医疗技术的不断提升, 腹腔镜技术已被广泛应用于全子宫切除术, 在围术期应给予患者有效的护理干预以促进手术顺利进行, 减少手术应激对机体造成的损伤^[2]。纽曼护理模式作为一种新型护理方式, 其将人体作为一个完整的体系, 与外在环境相互作用, 通过对护理目标实施一、二、三级预防护理干预, 以有效维护机体的动态平衡^[3-4]。为探究纽曼护理模式在腹腔镜全子宫切除术中的应用效果, 本研究对本院收治的行腹腔镜全子宫切除术患者给予此护理模式, 比较常规护理对患者负性情绪及术后康复的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 9 月至 2015 年 9 月收治的行腹腔镜全子宫切除术的 51 例患者作为对照组, 年龄 35~60 岁, 平均(42.41±6.75)岁; 疾病类型: 子宫肌瘤 31 例, 子宫腺肌症 15 例, 功能失调性子

宫出血 5 例; 文化程度: 小学及以下 12 例, 初中 18 例, 高中或中专 14 例, 大专及以上 7 例。另选取 2015 年 10 月至 2016 年 10 月收治的行腹腔镜全子宫切除术的 51 例患者作为观察组, 年龄 33~59 岁, 平均(42.55±6.69)岁; 疾病类型: 子宫肌瘤 32 例, 子宫腺肌症 16 例, 功能失调性子宫出血 3 例; 文化程度: 小学及以下 14 例, 初中 17 例, 高中或中专 12 例, 大专及以上 8 例。两组患者的年龄、病史等一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入和排除标准

1.2.1 纳入标准 所有患者均通过病理证实为子宫良性病变, 需行腹腔镜全子宫切除术; 未合并任何心、肺、肝、肾、脑等脏器疾病; 既往无精神病史; 术前采用宫颈细胞学检查未见宫颈恶性病变; 患者均签署知情同意书积极配合此研究。

1.2.2 排除标准^[5] 精神病患者; 意识模糊者; 伴随严重肝、肾、心、脑等脏器功能障碍者; 具有心理疾病者; 拒绝配合此研究者。

1.3 方法 对照组行常规护理, 在患者进入手术室前将室内温度控制在 23℃ 左右, 并且给予静脉补液

* 基金项目: 南京医科大学科技发展基金资助项目(2013NJMU202)。

性输液 800~1 000 mL, 给予患者口头安慰, 缓解其紧张情绪。观察组实施纽曼护理模式: (1) 一级预防护理干预。在此阶段, 患者机体面临压力源但尚未出现压力反应。此时实施一级预防护理以有效增强弹性防线, 尽可能减少压力反应对患者造成的负面影响。护理人员笑迎患者, 告知手术室周围环境及医护人员等相关信息, 与患者建立良好关系, 减少陌生感, 消除其对陌生环境的紧张、恐惧等不良心理情绪。护理人员主动与患者沟通, 了解其内心状况, 对患者提出的所有疑问均耐心解答, 帮助其树立战胜疾病的坚定信心。术前详细介绍麻醉及全子宫切除术的手术相关知识, 讲解时态度和蔼可亲, 言谈得体, 对患者家属做好充分心理干预, 提升其对治疗的信心。(2) 二级预防护理干预。此阶段实施二级预防护理的目的在于缓解压力源对患者造成的压力反应, 保持机体处于动态平衡状况。通过术前 B 超、实验室检查及经过术前麻醉知情同意签字进入手术室后, 患者的紧张、恐惧等情绪更明显, 此时护理人员全程陪伴患者进入手术室, 通过握手、抚摸额头及坚定的眼神持续给予患者有力的鼓励和支持, 护理人员根据患者情绪状况给予相应的心理护理, 尽可能缓解其负性情绪, 在上述方式无法缓解患者不良情绪时根据医嘱给予镇静剂。护理人员协助麻醉医生给予患者全身麻醉诱导。在手术顺利结束后拔管, 等待患者恢复意识, 然后告知患者手术已结束, 最后护送患者回病房。(3) 三级预防护理干预。此阶段为患者机体逐渐恢复稳定后实施的护理干预措施, 护理的目的是尽可能地帮助患者迅速恢复机体健康。护理人员在术后与护工一同将患者转移至病床上, 去枕平卧 6 h, 给予患者鼻导管吸氧, 实施心电监护, 严密观察患者术后心率、血压等各

项机体指标状况。使用温盐水润湿患者嘴唇以缓解口唇干燥, 控制病房内湿度和温度。告知患者及其家属在术后需尽可能闭目休息 2 h。护理人员对引流管中引流液状况进行观察。在手术完毕 2 h 后给予患者实施肌肉收缩、被动关节锻炼, 并且告知患者术后功能锻炼对机体恢复的重要意义。护理人员嘱咐患者家属多与患者沟通, 给予其有效的家属支持和鼓励。在患者下肢麻醉效果消失后教会其进行主动肢体锻炼。术后 1 d 嘱咐患者下床活动。

1.4 观察指标 (1) 采用汉密尔顿焦虑量表(HAMA)对两组患者护理前后心理状态进行评价, 包含焦虑、失眠、恐惧、紧张、认知功能 5 个因子, 每个因子总分 0~4 分, 分数越高则焦虑情绪越严重^[6]。(2) 采用简易应对方式问卷调查表对两组患者护理前后应对方式进行评价, 包含积极应对和消极应对方式 2 个方面, 分数越高则表明患者更倾向于该应对方式^[7]。(3) 观察并记录两组患者术后初次排便时间、初次排气时间及住院时间。

1.5 统计学处理 采用 SPSS18.0 软件对数据进行分析处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 *t* 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者护理前后 HAMA 各因子评分比较 见表 1。两组患者护理前焦虑、失眠、恐惧、紧张、认知功能评分比较, 差异均无统计学意义 ($t = 0.194, 0.147, 0.328, 0.136, 0.189, P = 0.847, 0.883, 0.743, 0.892, 0.851$); 观察组患者护理后焦虑、失眠、恐惧、紧张、认知功能评分均低于对照组, 差异均有统计学意义 ($t = 4.139, 3.608, 3.971, 4.060, 4.823, P = 0.000, 0.001, 0.000, 0.000, 0.000$)。

表 1 两组患者护理前后 HAMA 各因子评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	时间	焦虑	失眠	恐惧	紧张	认知功能
对照组	51	护理前	1.89±0.81	1.47±0.66	1.46±0.62	1.69±0.73	0.95±0.52
		护理后	1.48±0.67	1.27±0.62	1.29±0.63	1.39±0.65	0.78±0.52
观察组	51	护理前	1.86±0.75	1.45±0.71	1.42±0.61	1.71±0.75	0.97±0.55
		护理后	0.91±0.72	0.79±0.72	0.81±0.59	0.83±0.74	0.44±0.32

2.2 两组患者护理前后应对方式评分比较 见表 2。两组患者护理前积极和消极应对方式评分比较, 差异均无统计学意义 ($t = 0.207, 0.252, P = 0.837, 0.801$); 观察组患者护理后积极应对方式评分高于对照组, 消极应对方式评分低于对照组, 差异均有统计学意义 ($t = 9.443, 5.202, P = 0.000, 0.000$)。

表 2 两组患者护理前后应对方式评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	时间	积极应对方式	消极应对方式
对照组	51	护理前	17.92±2.21	10.92±1.95
		护理后	18.72±2.25	9.72±1.62
观察组	51	护理前	17.83±2.19	11.02±2.05
		护理后	23.48±2.81	8.02±1.68

2.3 两组患者术后康复情况比较 见表 3。观察组患者术后初次排便时间、初次排气时间、住院时间均短于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 3 两组患者术后康复情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	初次排便时间(d)	初次排气时间(h)	住院时间(d)
对照组	51	3.51±0.37	26.85±4.09	7.62±1.12
观察组	51	2.92±0.44	21.02±4.35	6.11±0.73
<i>t</i>		7.329	6.973	8.066
<i>P</i>		0.000	0.000	0.000

3 讨 论

子宫是女性的特征性器官, 并且也是生殖系统中

重要的器官之一^[8]。全子宫切除术主要用于切除子宫肿瘤,治疗部分子宫出血疾病及子宫附件病变。传统开腹全子宫切除术切口较大,对患者的机体造成较大的损害,术后并发症较多,并且会损害患者心理状况,对其术后机体恢复造成较大的负面影响^[9-10]。随着临床医疗技术和器械不断发展,腹腔镜全子宫切除术被广泛应用于临床^[11]。对行腹腔镜全子宫切除术者需给予有效护理干预以缓解其负性心理状况,促进其提高治疗和护理配合度,确保手术顺利进行,加快术后机体恢复^[12]。

本研究观察组患者护理后焦虑、失眠、恐惧、紧张、认知功能评分均低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。表明实施纽曼护理模式可明显改善患者不良心理情绪。原因主要为纽曼护理模式重点关注患者对压力源的反应本质,使患者能够通过接受护理干预正确应对压力源^[13]。在此护理模式中护理人员将患者作为一个开放、有机的整体,通过给予患者实施一、二、三级预防护理干预,维持患者机体处于动态平衡,缓解其出现紧张、焦虑等多种不良心理反应。本研究中观察组患者护理后积极应对方式评分高于对照组,消极应对方式评分低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。表明给予行腹腔镜全子宫切除术患者纽曼护理模式可促使患者积极应对应激源。原因主要在于患者在患病后从家庭环境下突然转到医院、手术室环境,陌生的环境、对手术较低的认知度及对术后机体恢复状况的担忧等都会让患者出现恐惧、紧张等负面心理情绪,而沉重的心理压力会使患者消极应对疾病,最终影响手术治疗及术后康复^[14]。而纽曼护理模式运用整体护理理念,将患者作为一个多维度、开放性系统,不仅需要面对疾病,并且需与患者家属、医护人员及社会等各方面有相互关联性,所以在护理过程中充分调动各方面的力量,给予患者多方位支持和帮助,缓解患者压力源,提升患者机体抵抗压力源的能力,最终提升其战胜疾病的信心,使其能够积极面对疾病^[15]。本研究中观察组患者术后初次排便时间、初次排气时间、住院时间均短于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。表明纽曼护理模式可明显促进患者术后机体恢复。原因主要在于纽曼护理模式能够充分考虑患者生理、心理及社会等多方面的需求,通过三级预防护理明显提升患者对压力的应对能力,使其正确面对疾病,积极配合术后护理康复,促进机体保持动态平衡,最终明显加快术后机体恢复。

综上所述,纽曼护理模式应用于腹腔镜全子宫切除术可明显改善患者到手术室的焦虑情绪,增强患者积极应对方式,促进术后早日康复,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 陈学群. 临床护理路径在腹腔镜子宫全切除术中的应用效果[J]. 中华现代护理杂志, 2014, 20(7): 818-820.
- [2] 陈红华. 腹腔镜辅助经阴道子宫切除术后护理观察[J]. 中西医结合护理(中英文), 2016, 2(6): 48-50.
- [3] WU S M, LEE H L, YE H M Y, et al. Reasons for middle-aged women in Taiwan to choose hysterectomy: a qualitative study using the bounded rationality perspective[J]. J Clin Nurs, 2014, 23(23/24): 3366-3377.
- [4] 张菊芳, 吴新荣. 图谱法盆底肌功能锻炼对全子宫切除术后膀胱功能康复的影响[J]. 护理实践与研究, 2016, 13(17): 103-104.
- [5] 陈北秀, 王彩芳, 骆爱萍, 等. 膀胱功能锻炼对广泛全子宫切除术后膀胱功能恢复的影响[J]. 护理实践与研究, 2016, 13(1): 66-68.
- [6] 罗红. 延续性护理对宫颈癌全子宫切除术患者出院后生活质量的影响[J]. 临床护理杂志, 2016, 15(4): 29-31.
- [7] OH J K, PARK N H, OH S J. Effect of the systematised critical pathway protocol on emptying failure as a secondary complication of radical hysterectomy due to uterine cervix cancer[J]. J Clin Nurs, 2014, 23(11/12): 1702-1707.
- [8] 薛平莉. 强化性生活干预对子宫切除术后病人性功能及主观幸福感的影响[J]. 全科护理, 2016, 14(29): 3064-3066.
- [9] 杨云闪. 综合心理护理对子宫切除术患者术后心理及生活质量的影响[J]. 国际护理学杂志, 2016, 35(10): 1336-1339.
- [10] 张余. 渐进式护理干预对老年患者子宫全切除术后康复疗效的影响[J]. 中国实用护理杂志, 2015, 31(21): 1595-1598.
- [11] HONG S J, LEE E. Comparing effects of intravenous patient-controlled analgesia and intravenous injection in patients who have undergone total hysterectomy[J]. J Clin Nurs, 2014, 23(7/8): 967-975.
- [12] 彭文力, 彭艳妮. 合理情绪行为护理对子宫切除术患者健康信念及心理状态的影响[J]. 国际护理学杂志, 2015, 34(4): 526-528.
- [13] 曾丽华, 乔成平, 王爱琳, 等. 思维导图在经腹全子宫切除术后并发症预防护理中的应用[J]. 护理学杂志, 2014, 29(18): 75-77.
- [14] 谢娟, 范惠萍, 陈晶晶, 等. 盆底肌肉训练对全子宫切除患者性生活质量的干预效果分析[J]. 中国实用护理杂志, 2014, 30(26): 60-63.
- [15] 李晓芬, 樊理华, 韩蔚, 等. 不同倾斜度体位对腹腔镜全子宫切除患者眼内压和术后舒适度的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2014, 20(34): 4312-4314.