

多学科护理照顾模式具有改善临床护理结局的效果,并且多学科护理照顾模式使病人获得规范化个体诊治方案,且通过多学科共同参与,提高患者护理效果及疾病认知水平,从而提高自我护理能力。

脑胶质瘤手术有着较大的风险,术后易引起功能性障碍等不良后果,并且各类并发症的发生几率也很高。为此护理人员应不断学习新的护理内容,熟悉术后的并发症及临床表现,以最大限度地减少并发症的发生^[7-9]。本研究显示观察组护理期间的呼吸道感染、压疮、下肢静脉血栓、泌尿系感染等并发症发生率为 7.1%,对照组为 26.8%,观察组明显少于对照组($P<0.05$),也表明多学科护理照顾模式可以避免不利因素,减少和预防并发症;并且在小组当中容纳了各个学科的专业人员,保证了较好预后。

总之,多学科护理照顾模式在脑胶质瘤术后的应用能提高病人自我护理能力,改善病人智力与日常生活能力,减少并发症。

【参考文献】

[1] 岳金让, 姜淑敏, 黄宝平. 125 例胶质瘤术后三维适形放疗

的临床护理研究[J]. 中国实用医药, 2016, 11: 200-201.
[2] 宋晓娟, 高春华. 神经外科手术患者系统规范化护理模式对应激反应的影响[J]. 武警医学, 2016, 27(1): 32-35.
[3] 何丹丹, 童孜蓉, 宋燕波. 1 例垂体胶质瘤病人术后并发垂体危象的护理[J]. 全科护理, 2016, 14(4): 427-429.
[4] 康艳丽. 两种护理模式对术中唤醒脑功能区胶质瘤患者术后并发症的影响比较[J]. 中国现代药物应用, 2015, 22(4): 155-156.
[5] 彭凤云. 探讨全程无缝隙护理模式在胶质瘤患者中的应用效果[J]. 中国实用医药, 2016, 11(9): 291-292.
[6] 陈 琴. 荧光素钠联合神经导航治疗高级别胶质瘤的围术期护理[J]. 全科护理, 2016, 14(11): 1136-1137.
[7] 祝 蔚, 王 辉. 自我管理教育对胶质瘤术后三维适形放疗病人疗效及生活质量的影响[J]. 护理研究, 2015, 8(23): 2837-2840.
[8] 张 源, 王文浩, 郁毅刚, 等. 重型颅脑损伤患者超早期良肢位摆放对偏瘫肢体的影响[J]. 中国临床神经外科杂志, 2012, 13(12): 757-758.
[9] 王 瑛, 姜心诚. 小儿神经胶质星形细胞瘤术后临床观察及护理[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2016, 13: 141-142.

(2016-08-22 收稿, 2016-10-10 修回)

综合护理干预对癫痫病人疾病不确定感的影响

陈飞燕 张艳新 江文柳 李兰花

【摘要】目的 探讨综合护理干预对癫痫病人疾病不确定感的影响。**方法** 以 2014 年 1 月~2015 年 1 月收治的 164 例癫痫为研究对象,根据护理方法分为对照组与观察组,各 82 例。对照组采用常规护理方法,观察组采取综合护理干预,包括网络健康教育、社会支持等。干预前和干预后 6 个月使用疾病不确定感量表(MUIS)对两组病人进行问卷调查。**结果** 干预前,两组 MUIS 评分差异无统计学意义($P>0.05$)。干预后 6 个月,观察组 MUIS 各维度及总评分均显著低于对照组($P<0.05$)。**结论** 对癫痫病人进行综合护理可以降低病人的疾病不确定感,促进病人心理健康,提高病人的生活质量。

【关键词】 癫痫;心理障碍;疾病不确定感;护理干预

【文章编号】 1009-153X(2017)05-0354-03

【文献标志码】 B

【中国图书资料分类号】 R 742.1; R 473.6

美国学者 Mishel 于 1988 年最早提出不确定感这一理论,认为疾病不确定感是一种认知感受,伴随病人的疾病症状、诊断、治疗及预后而产生^[1]。大多数迁延不愈疾病病人广泛存在疾病不确定感^[2]。癫痫是临床常见的神经系统慢性疾病,发病率居神经系统疾病的第二位,我国以青少年和儿童为发病主

体,其致残率和病死率也较高^[3]。癫痫是脑部神经元病态放电而引起的一过性大脑功能紊乱,病程长,反复发作,且痫性发作的时间具有不确定性^[4]。由于社区护理发展的不完善,我国大部分癫痫病人在出院后居家康复中缺乏疾病相关知识,使病人对自身疾病有不同程度的不确定感,严重影响病人的心理状态、适应能力^[5]。当个体缺乏与自身健康状况的足够了解与基本进展的把握,不能对自身疾病进行正确认知判断及预测结局时,疾病不确定感便会产生。疾病不确定感不仅降低病人获得疾病相关信息能

力,并且对病人的心理健康产生不良影响,降低病人的治疗依从性,从而影响其躯体功能恢复及生存质量^[6]。本文将综合护理应用于癫痫病人,以探讨其对癫痫病人疾病不确定感的影响。

1 资料与方法

1.1 研究对象 以 2014 年 1 月~2015 年 1 月收治的 164 例癫痫为研究对象,根据护理方法分为对照组与观察组,各 82 例。纳入标准:①确诊为癫痫病人;②具有基本的沟通理解能力,无语言障碍;③自愿参与本研究。排除标准:①精神疾病病人;②全身合并其他重大疾病;③语言障碍;④不愿参与本研究。两组病人年龄、性别、婚姻状况、文化程度、医疗保险等一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 采用常规护理方法,住院期间进行常规的健康教育责任制护理,出院后进行出院指导,并进行常规随访。

1.2.2 观察组 在对照组护理基础上,采取综合护理干预,包括网络健康教育、社会支持、技能培训等。具体干预内容包括:出院当天,与病人及其家属面谈,讲解出院后网络随访的方式及内容。病人回院复诊时,针对随访病人时评估的相关问题进行相关心理疏导再次评估与指导,指导下个阶段康复过程中的注意事项。每周采用电话随访形式进行指导,如发现病人在维持治疗过程中出现问题,即要求其立即回院复诊并做进一步的沟通,直至病人能达到康复治疗的要求。建立 QQ 交流群,保持 24 h 在线留言,使病人及其家属随时沟通指导。干预期间安排每月一次病友会,鼓励病友及其家属积极分享各自成功的照顾经验,建立相互支持网络。根据病人的具体情况,与病人共同探讨制定服药、学习或工作、休息、运动、心理调试行为、症状自我监控技能等康复治疗方

案,也就是协议护理,有效提高教育效果^[7]。同时尊重病人的选择,给病人提供力所能及的帮助。

1.3 评估方法 干预前和干预后 6 个月,使用 Mishel's 疾病不确定感量表 (Mishel's uncertainty in illness scale, MUIS) 对两组病人进行问卷调查。

1.3.1 一般资料调查表 自行设计该表,内容包括年龄、性别、文化程度、婚姻状况等。

1.3.2 成人版 MUIS (MUIS for adults, MUIS-A) 用于成年住院病人疾病不确定感的测量。徐淑莲和黄秀梨^[8]将其译为中文版,内容效度为 0.9, Cronbach's α 系数为 0.9。量表共 33 个条目,包括不明确性维度、复杂性维度、信息缺乏维度、不可预测维度 4 个维度,采用 Likert5 级计分法,从“非常不同意”到“非常同意”依次为 1~5 分,量表总分为 32~160,分为 3 个水平,32~74.7 分为低水平,74.8~117.4 分为中水平,117.5~160 分为高水平^[9]。

1.3.3 质量控制 选取学历本科以上护士参与本研究,保证研究的严谨性。选取护师职称以上护士参与本研究,保证研究人员的知识及经验储备丰富。采用统一指导语,由同一调查员进行调查研究。问卷由病人自行当场填写,填写完毕当场检查有无遗漏项,保证回收问卷的有效性。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 20.0 软件处理,定量资料

表 1 两组病人一般资料比较(例)

一般资料		对照组	观察组
年龄	18~49 岁	30(36.59%)	29(34.57%)
	50~78 岁	52(63.41%)	53(65.43%)
性别	男	34(41.46%)	37(44.44%)
	女	48(58.54%)	45(55.56%)
婚姻状况	已婚	76(92.68%)	75(91.36%)
	未婚	6(7.32%)	7(8.64%)
文化程度	初中及以下	32(39.02%)	38(45.68%)
	高中或中专	25(30.49%)	26(32.10%)
	大专及以上	25(30.49%)	18(22.22%)
医疗保险	有	62(75.61%)	69(83.95%)
	无	20(24.39%)	13(16.05%)

表 2 两组病人干预前后 MUIS 评分比较

MUIS	干预前		干预后 6 个月	
	对照组	观察组	对照组	观察组
不明确性	45.86±6.83	43.12±5.43	49.17±4.73	33.34±2.13
复杂性	26.71±2.91	27.33±3.26	29.45±2.22	13.93±3.62
信息缺乏	17.66±3.05	15.79±3.14	18.37±3.24	6.47±3.64
不可预测性	22.11±3.52	21.82±3.77	24.59±3.12	11.22±3.57
总均分	112.34±7.86	108.58±7.13	119.93±6.13	68.23±3.34

注:与对照组相应值比,* $P<0.05$; MUIS: Mishel's 疾病不确定感量表

采用 $\bar{x} \pm s$ 描述,采用 t 检验;定性资料采用 χ^2 检验;检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 问卷回收率 本研究共发放问卷 164 份,回收 164 份,有效回收率 100%。

2.2 干预前后两组病人 MUIS 评分比较 干预前,两组 MUIS 评分差异无统计学意义 ($P>0.05$)。干预后 6 个月,观察组 MUIS 各维度及总评分均显著低于对照组 ($P<0.05$)。详见表 2。

3 讨论

癫痫病人通常突然发病,一旦发作即对病人的生命造成威胁,给病人的身体和心理健康造成重大损害。由于我国社区护理发展的不完善,出院后的癫痫病人往往缺乏健康教育相关知识的专业沟通渠道,使病人对自身疾病的发展与预后产生疾病不确定感,表现出焦虑、抑郁、恐惧、恼怒等^[10]。

本文结果显示,干预前,观察组和对照组病人 MUIS 四个维度及量表总分差异均无统计学意义 ($P>0.05$);干预后 6 个月,观察组 MUIS 评分下降幅度显著,与对照组比较差异有统计学意义 ($P<0.05$),而对照组病人 MUIS 评分有所上升,由干预前的中等水平上升至高等水平,说明随着时间的延长及疾病的进展,癫痫病人的疾病不确定感呈升高趋势。而观察组病人的疾病不确定感由干预前的中等水平降低至低等水平,表明综合护理干预可降低癫痫病人的疾病不确定感。本研究通过网络随访向病人讲解疾病的发生、发展、治疗现状及转归知识,有助于病人对疾病相关知识的理解;也使病人对癫痫有了足够的认识,对自身疾病有一个正确看法,认识到癫痫是可以治疗的,提高了病人对自身疾病的辨别和分析能力。因为我们帮助病人明确疾病的发展,熟悉治疗的进程,使经历与预期有一致的体验,从而有效降低了病人的疾病不确定感。同时安排疗效较好的病人现身说法,讲述在治疗和恢复期的体验,使病人熟悉治疗的进程,建立起具有明确性、相似性和一致性 3 个特性的刺激框架,起到降低疾病不确定感的作用^[11]。本研究通过综合干预,使病人家属提高了对癫痫的认识,认识到了关心和体贴病人的重要性,

改变了对待病人的消极态度,学会了恰当地表达不愉快情绪和与病人交流的技巧,为病人提供相关的信息,将解决问题的技巧教给病人,从而给予了病人更多的支持和帮助。这表明提高病人的社会支持可以降低疾病不确定感。这与其他学者的研究一致^[12]。

本研究将综合护理应用于癫痫病人,可有效帮助癫痫病人及其家属有效应对返家后面临的健康问题,提高病人自我护理的能力,加强对自身疾病的了解,减轻病人不良心理,降低疾病不确定感。

【参考文献】

- [1] Mishel MH, Braden C. Finding meaning: antecedents of uncertainty in illness [J]. Nurs Res, 1988, 37(2): 98-103.
- [2] 汪 苗,王维利. 疾病不确定感理论研究现状及应用分析 [J]. 护理研究, 2010, 24(10): 2638-2639.
- [3] 廖二元, 超楚生. 内分泌学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001. 1449.
- [4] 冯正仪. 内科护理学 [J]. 第 2 版. 上海: 上海科学技术出版社, 2001. 277-284.
- [5] Delist JA. Rehabilit at ion medicine: principles and practice [M]. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998. 1057-1072.
- [6] 赖少燕, 侯明菊, 马连英, 等. 聚维酮碘治疗老年糖尿病压疮疗效探讨 [J]. 护理学杂志, 2004, 19(23): 21-22.
- [7] 王 兰, 骆素萍, 全 蕾, 等. 协议护理对腹膜透析病人容量负荷的影响 [J]. 护理研究, 2005, 19(7A): 1169-1171.
- [8] 许淑莲, 黄秀梨. Mishel 疾病不确定感量表之中文版测试 [J]. 护理研究(台湾), 1996, 4(1): 59-68.
- [9] 毛 婷. 长沙市妇科癌症病人疾病不确定感的研究 [D]. 湖南: 中南大学, 2007.
- [10] 王赞丽, 赵 岳. 脑卒中病人疾病不确定感与社会支持的纵向研究 [J]. 护理学杂志, 2012, 4(27): 36-38.
- [11] 王艳华, 阎成美, 黄丽婷, 等. 乳腺癌住院病人疾病不确定感与希望的相关性研究 [J]. 护理学报, 2007, 14(1): 15-17.
- [12] 吴小桃, 刘旭峰. 社会支持的本质及其测定 [J]. 中国社会医学, 1995, 58(3): 7-10.

(2015-05-27 收稿, 2015-07-04 修回)