

· 临床护理 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2020.19.040

网络首发 [https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20200629.0949.010.html\(2020-06-29\)](https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20200629.0949.010.html(2020-06-29))

# 基于患者视角的 PICC 健康教育对食管癌术后化疗患者心理状态及护理满意度的影响

刘晓燕,尹义学

(甘肃省陇南市第一人民医院胸外科 746000)

**[摘要]** **目的** 探讨基于患者视角的经外周静脉穿刺置入中心静脉导管术(PICC)健康教育对食管癌术后化疗患者心理状态及护理满意度的影响。**方法** 该院于 2018 年 1 月开展基于患者视角健康教育干预,收集 2017 年 1—12 月常规健康教育(对照组,89 例)及 2018 年 1—12 月基于患者视角的健康教育(观察组,93 例)行 PICC 置管的食管癌术后化疗患者临床资料。比较两组干预前及出院时心理状态[汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、癌症患者恐惧疾病进展简化量表(Fo P-Q-SF)]、自护能力[自我护理能力测定量表(ESCA)]及 PICC 相关知识水平的差异,并记录两组护理服务期望与感知差距状况。**结果** 出院时,两组 HAMA、Fo P-Q-SF 评分均较干预前降低( $P < 0.05$ ),且观察组低于对照组( $P < 0.05$ );ESCA、PICC 相关知识得分则较干预前升高( $P < 0.05$ ),且观察组高于对照组( $P < 0.05$ )。观察组护理服务期望与感知差距评分明显低于对照组( $P < 0.05$ )。**结论** 基于患者视角的 PICC 健康教育在食管癌术后化疗患者中应用效果显著,不仅能提高患者自护能力,还能改善患者心理健康水平,在提高护理服务满意度中可发挥重要作用。

**[关键词]** 食管癌;PICC;健康教育;基于患者视角;心理状态

**[中图分类号]** R735.1 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8348(2020)19-3319-04

食管癌为胸外科常见恶性肿瘤,根治术为其首选治疗方法,能清除肿瘤组织,延长患者生存期,并提升生存质量<sup>[1]</sup>。术后化疗作为常用的辅助疗法,在控制恶性肿瘤复发转移中具有重要作用,但化疗药物刺激性强,可引起药物外渗等严重不良反应,影响患者生存质量<sup>[2]</sup>。经外周静脉穿刺置入中心静脉导管术(PICC)则能利用导管从手臂静脉直接到达心脏附近大静脉,使药物直接抵达大静脉,大静脉处的血流速度快,能快速稀释药物,而避免药物对静脉血管的刺激<sup>[3]</sup>。故 PICC 置管在化疗患者中应用广泛。然而, PICC 导管相关并发症发生率也较高,这也使 PICC 置管及带管生活安全成为临床需要解决的难题,如何完善 PICC 相关健康教育,保证患者良好的导管自我管理,成为临床关注的焦点<sup>[4]</sup>。基于此,本研究回顾性分析本院 182 例行 PICC 置管的食管癌术后化疗患者临床资料,评估基于患者视角的健康教育的应用效果,为临床 PICC 健康教育提供新思路,现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

本院于 2018 年 1 月开展基于患者视角健康教育干预,收集 2017 年 1—12 月常规健康教育(对照组,89 例)及 2018 年 1—12 月基于患者视角的健康教育(观察组,93 例)行 PICC 置管的食管癌术后化疗患者临床资料。纳入标准:经手术病理证实为食管癌;年龄 18~75 岁;首次行 PICC 置管;沟通能力良好;受教育程度:小学及以上;依从性良好,且按计划完成健康教育;资料完整。排除标准:PICC 置管前合并感染、菌血症或败血症;置管处局部皮肤外伤史;伴出血性

疾病;伴精神疾病史。观察组男 48 例,女 45 例;年龄 42~73 岁,平均(58.46±9.31)岁;受教育程度:小学及初中 17 例,中专及高中 48 例,大专及以上学历 28 例;穿刺静脉为贵要静脉 61 例,正中静脉 32 例。对照组男 47 例,女 42 例;年龄 42~72 岁,平均(57.62±9.14)岁;受教育程度:小学及初中 14 例,中专及高中 46 例,大专及以上学历 29 例;穿刺静脉为贵要静脉 63 例,正中静脉 26 例。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 对照组给予常规健康教育

以护士向患者传输知识的方式,为患者及其家属介绍 PICC 目的及注意事项,教予患者每周维护、携带 PICC 导管淋浴及活动方法,并发放 PICC 导管维护及出院指导手册;出院后,通过电话随访的方式,定期询问 PICC 维护情况,督促患者按时导管维护及入院复查。

#### 1.2.2 观察组给予基于患者视角的健康教育

成立健康教育小组,小组成员为科室 3 名主管护师,小组在科室护士长的带领下,经专项培训、查阅文献等活动,掌握基于患者视角理念及访谈技巧。(1)干预前访谈:访谈前与患者沟通,访谈地点为安静、私密的会议室,告知患者访谈以保护隐私为前提,通过笔录及录音记录访谈内容;每名患者以一对一方式进行访谈,访谈时间 15~30 min,访谈问题均为开放性,且提问者对访谈结果不予以正面或负面评语;访谈内容主要包括患者内心感受及 PICC 相关知识,如“您开始进行 PICC 置管化疗,现在有何感受或想法”“您之

前了解 PICC 置管吗”“您知道的 PICC 优点或缺点有哪些”“您对 PICC 注意事项是否了解”等。(2) 基于患者视角的健康教育: 根据访谈情况, 予以个性化、针对性的健康教育; 对 PICC 完全不了解的患者, 使用通俗易懂的语言向其介绍 PICC 目的及作用机制, 并告知注意事项; 对 PICC 部分了解或存在错误认知的患者, 纠正其错误认知, 向其讲述 PICC 置管化疗的优势, 改善患者认知水平; 对存在悲观、情绪低落等表现的患者, 联合家属共同开导患者, 告知患者积极化疗、按时复查, 能获得良好的生存质量, 辅助患者建立对未来生活的信息; 对伴焦虑、恐惧情绪的患者, 向其解释 PICC 置管后并发症发生机制, 并教授其并发症防控措施, 减少患者对 PICC 并发症的担心; 发放 PICC 导管维护及出院指导手册; 教予患者如何观察穿刺部位, 若出现异常情况及时通知医务人员, 医护将全程陪伴, 减轻患者置管后的过度紧张; 告知患者每周按时导管维护, 并指导携带 PICC 导管活动、淋浴等日常行为的注意事项; 强调穿刺部位保持清洁、干燥的重要性, 固定敷贴出现松动等异常时, 需立即告知医护人员, 予以后续处理。(3) 出院指导: 再次通过访谈了解患者的心理状态及对 PICC 知识的了解情况; 针对仍然存在负性情绪的患者, 再次联合家属予以心理干预, 向患者介绍恢复情况较好的病友, 通过病友的积极效应, 建立战胜疾病的信心; 对存在错误认知的患者, 通过图片、视频等方式, 为其讲解 PICC 注意事项及并发症防控措施, 使患者在出院前掌握 PICC 相关知识; 通过电话方式随访, 督促患者按时导管维护及入院复查。

### 1.3 观察指标

(1) 干预前及出院时心理状态: 采用汉密尔顿焦虑量表(HAMA)<sup>[5]</sup>评估焦虑情绪, 癌症患者恐惧疾病进展简化量表(Fo P-Q-SF)<sup>[6]</sup>评估恐惧情绪; 其中 HAMA 量表总分 0~56 分, 得分越高, 焦虑情绪越严重; Fo P-Q-SF 量表总分 12~60 分, 得分越高, 恐惧情绪越严重。(2) 干预前及出院时自护能力: 采用自我护理能力测定量表(ESCA)<sup>[7]</sup>评估自护能力, 量表总分 0~172 分, 得分越高, 自护能力越强。(3) 干预前及出院时 PICC 相关知识水平: 由科室联合护理部共同出题, 问题包括 PICC 目的、置管时机、维护、注意事项等多方面内容, 共 50 题, 每题答对 2 分, 答错 0 分, 总分 0~100 分, 分数越高, PICC 相关知识水平越高; 问卷经 6 位肿瘤专家评定, 效度为 0.690, 经预试验验证信度为 0.758, 该问卷具有良好的信效度。(4) PICC 相关并发症发生情况: 记录导管堵塞、导管脱出、静脉炎、置管感染等并发症发生情况。(5) 护理服务期望与感知差距状况: 采用服务质量差距模型问卷<sup>[8]</sup>评估, 干预前评估期望得分(1~5 分), 出院时评估感知得分(1~5 分), 期望与感知差距=期望评分-感知评分。

### 1.4 统计学处理

采用 SPSS22.0 统计软件对数据进行分析, 计量资料使用 Kolmogorov-Smirnov 正态性检验、Levene 方差齐性检验, 呈正态分布的计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,

行独立样本  $t$  检验或样本配对  $t$  检验; 计数资料以  $[n(\%)]$  表示, 行  $\chi^2$  检验, 检验水准  $\alpha = 0.05$ , 以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 干预前及出院时心理状态比较

出院时, 两组 HAMA、Fo P-Q-SF 评分均较干预前降低( $P < 0.05$ ), 且观察组低于对照组( $P < 0.05$ ), 见表 1。

表 1 干预前及出院时 HAMA、Fo P-Q-SF 评分比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	n	HAMA		Fo P-Q-SF	
		干预前	出院时	干预前	出院时
观察组	93	16.84±3.11	11.23±2.19*	28.65±4.07	22.19±3.57*
对照组	89	16.27±3.05	12.48±2.55*	28.04±3.98	23.84±3.73*
t		1.248	3.553	1.022	3.049
P		0.214	0.001	0.308	0.003

\*:  $P < 0.05$ , 与本组干预前比较。

### 2.2 两组干预前及出院时自护能力、PICC 相关知识水平比较

出院时, 两组 ESCA、PICC 相关知识得分均较干预前升高( $P < 0.05$ ), 且观察组高于对照组( $P < 0.05$ ), 见表 2。

表 2 两组干预前及出院时 ESCA、PICC 相关知识得分比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	n	ESCA		PICC 相关知识	
		干预前	出院时	干预前	出院时
观察组	93	78.56±10.36	125.46±8.36*	70.04±5.69	79.95±4.05*
对照组	89	79.82±9.45	121.45±8.21*	70.95±5.17	78.21±4.32*
t		0.856	3.263	1.128	2.804
P		0.393	0.001	0.261	0.006

\*:  $P < 0.05$ , 与本组干预前比较。

### 2.3 两组护理服务期望与感知差距状况比较

观察组护理服务期望与感知差距评分明显低于对照组( $P < 0.05$ ), 见表 3。

表 3 两组护理服务期望与感知差距评分比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	n	期望	感知	期望与感知差距
观察组	93	4.25±0.81	4.15±0.79	0.10±0.02
对照组	89	4.18±0.82	4.01±0.75	0.17±0.03
t		0.579	1.225	18.595
P		0.563	0.222	<0.001

## 3 讨论

术后化疗对于食管癌等恶性肿瘤患者非常重要, PICC 置管能有效减少化疗药物对静脉血管的刺激性损伤, 但 PICC 相关并发症发生率仍然较高, 督促患者维护导管、提高 PICC 带管安全性, 也是临床需要解决的难题<sup>[9]</sup>。癌症及化疗对患者即造成极大的心理负担, 部分患者对 PICC 了解较少, 对携带 PICC 生活也充满焦虑、恐惧情绪, 使其悲观、低落、焦虑等情绪进

一步加剧,甚至排斥护治操作,影响 PICC 导管维护安全性<sup>[10]</sup>。因此,完善健康教育,使患者以正确心态面对 PICC 置管,并保证患者掌握 PICC 导管维护相关知识,有其必要性。近年来,基于患者视角的干预方案等以患者为中心理念在护理流程中广泛应用,通过访谈等方式,了解患者真实想法及需求,在患者视角下制定干预方法,也逐渐应用于临床<sup>[11]</sup>。对此,本研究就基于患者视角的 PICC 健康教育对食管癌术后化疗的影响展开分析,以评估该健康教育方式的优势,取得一定成果。

本研究结果显示,两组出院时 HAMA 评分、Fo P-Q-SF 评分均较干预前降低。提示健康教育能通过提高患者对 PICC 的认知水平而减轻负性情绪。但观察组出院时 HAMA、Fo P-Q-SF 评分均低于对照组。分析其原因可能与基于患者视角的健康教育在干预前对患者行访谈,不仅增加与患者的沟通,也能了解患者真实想法,而在后续健康教育时能针对性予以心理调节有关<sup>[12]</sup>。另外,也有学者指出,癌症及化疗与患者情绪密切相关,PICC 置入操作等相关干预可能对患者心理状态并未造成严重影响<sup>[13]</sup>。但本研究通过增强 PICC 相关健康教育,使患者出院时负性情绪明显缓解。也提示,有效的 PICC 健康教育在改善患者住院期间心理状态方面,发挥一定作用。且出院时,两组 PICC 相关知识得分均较干预前升高,观察组得分明显高于对照组。也再次说明,基于患者视角的健康教育能通过访谈,了解患者对 PICC 相关知识的实际掌握情况,而制定更为合适的健康教育策略,使患者更全面掌握 PICC 相关知识。此外,观察组出院时 ESCA 评分也高于对照组。考虑该结果一方面与基于患者视角的健康教育能有效提升患者 PICC 相关知识水平,增加对导管护理的掌握程度相关<sup>[14]</sup>;另一方面与该健康教育方式提高患者积极心理水平,使患者能积极、主动参与护治操作,而改善自护情况有关<sup>[15]</sup>。

不仅如此,观察组护理服务期望与感知差距评分明显低于对照组。说明观察组患者对护理服务满意度优于对照组。究其原因可能与基于患者视角的健康教育的访谈工作能增加护患沟通,不仅提升患者对护理人员的信任,也能为患者提供良好的情感支持,使患者感受到护理人员的重视,而提升满意度有关<sup>[16]</sup>。

综上所述,基于患者视角的健康教育能提升食管癌术后化疗患者 PICC 相关知识水平,并增强患者自护能力,还能减轻焦虑、恐惧情绪,提高积极心理水平,于提升护理满意度有积极意义。

## 参考文献

[1] PASQUALI S, YIM G, VOHRA R S, et al. Survival after neoadjuvant and adjuvant treatments compared to surgery alone for resectable esophageal carcinoma: a network meta-analysis [J]. *Ann Surg*, 2017, 265(3): 481-491.

[2] DONG X, WANG L, HAN Z, et al. Different functions of DEPTOR in modulating sensitivity to chemotherapy for esophageal squamous cell carcinoma [J]. *Exp Cell Res*, 2017, 353(1): 35-45.

[3] LIU B, SUN W, WANG K. A successful insertion of PICC in patient with cardiac angiosarcoma and neoplasty of right atrium and pacemaker: A case report [J]. *Medicine*, 2017, 96(51): e9225.

[4] XU B, ZHANG J, TANG S, et al. Comparison of two types of catheters through femoral vein catheterization in patients with lung cancer undergoing chemotherapy: A retrospective study [J]. *J Vasc Access*, 2018, 19(6): 651-657.

[5] 罗佳, 李占江, 杨祥云, 等. 认知行为治疗对未服药强迫障碍患者的大样本病例研究 [J]. *中国临床心理学杂志*, 2017, 25(2): 299-303.

[6] 林郁清, 孙敏敏, 蒋莹, 等. 癌症患者恐惧疾病进展的现状及其影响因素分析 [J]. *中华现代护理杂志*, 2017, 23(28): 3610-3613.

[7] 张硕, 艾敬, 王红燕. Orem 自护理论对妇科肿瘤化疗患者自我护理能力与生存质量的影响 [J]. *中国肿瘤临床与康复*, 2017, 24(12): 1513-1516.

[8] 李伟航, 岳同云, 刘娜, 等. 肝癌患者对介入护理服务质量的评价及其影响因素研究 [J]. *中华现代护理杂志*, 2018, 24(11): 1270-1274.

[9] XIE J, XU L, XU X, et al. Complications of peripherally inserted central catheters in advanced cancer patients undergoing combined radiotherapy and chemotherapy [J]. *J Clin Nurs*, 2017, 26(23/24): 4726-4733.

[10] YUAN L, LI R, MENG A, et al. Superior success rate of intracavitary electrocardiogram guidance for peripherally inserted central catheter placement in patients with cancer: A randomized open-label controlled multicenter study [J]. *PLoS One*, 2017, 12(3): e0171630.

[11] 宋翔鸾, 颜琬华. 不同视角下护患关系紧张的认知调查及对策 [J]. *解放军护理杂志*, 2017, 34(14): 33-36.

[12] SHATZEL J J, MART D, BIEN J Y, et al. The efficacy and safety of a catheter removal only strategy for the treatment of PICC line thrombosis versus standard of care anticoagulation: a retrospective review [J]. *J Thromb Thrombolysis*, 2019, 47(4): 585-589.

[13] 于小香, 徐明星, 王效雷. 探讨积极心理干预与人文关怀在早期肺癌合并冠心病心绞痛患者中的应用价值 [J]. *中华肿瘤防治杂志*, 2018, 25(S1): 228-230.

[14] ZHOU L, WANG M, LI A. Analysis of risk factors of peripherally inserted central catheter

induced catheter-related infection in patients with leukemia[J]. Iran J Public Health, 2017, 46(4):485-490.

- [15] YAMAGUCHI R S, NORITOMI D T, DEGA SPARE N V, et al. Peripherally inserted central catheters are associated with lower risk of bloodstream infection compared with central venous catheters in paediatric intensive care pa-

tients: a propensity-adjusted analysis[J]. Intensive Care Med, 2017, 43(8):1097-1104.

- [16] KANG J, CHEN W, SUN W, et al. Health-related quality of Life of cancer patients with peripherally inserted central catheter: a pilot study[J]. J Vasc Access, 2017, 18(5):396-401.

(收稿日期:2020-01-09 修回日期:2020-04-19)

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2020.19.041

网络首发 <https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20200629.1545.050.html>(2020-06-29)

## 系统护理对行血糖监测的重症糖尿病患者心理状态及治疗依从性的影响

邢晓茵

(浙江省台州市第一人民医院内分泌科 318020)

**【摘要】** 目的 探讨系统护理对行血糖监测的重症糖尿病患者心理状态及治疗依从性的影响。方法 选取 2018 年 1—12 月在该院住院治疗的行血糖监测的重症糖尿病患者 120 例,按随机数字表法将其分为两组,对照组 60 例,干预组 60 例。对照组患者给予常规护理,干预组实施系统护理。对比两组患者血糖指标[空腹血糖(GLU)、餐后 2 h 血糖(2hPG)]、心理状态[焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)]、治疗依从性以及护理满意度。结果 干预前,两组患者血糖指标及心理状态评分差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),干预后,干预组患者血糖指标明显优于对照组( $P < 0.05$ );干预后,干预组患者 SAS、SDS 评分为[(48.14±3.57)分、(46.25±4.01)分],明显低于对照组的[(55.25±3.79)分、(55.25±3.79)分],差异有统计学意义( $P < 0.05$ );干预后,干预组治疗依从性为 90%,明显高于对照组的 66.66%( $P < 0.05$ );干预后,干预组护理满意度为 91.66%,对照组为 58.33%,干预组明显高于对照组。结论 系统护理可以有效提升行血糖监测的重症糖尿病患者的心理状态及治疗依从性,使患者血糖指标逐渐趋于正常,也可提升科室护理满意度。

**【关键词】** 系统护理;血糖监测;重症糖尿病患者

**【中图分类号】** R587.1

**【文献标识码】** B

**【文章编号】** 1671-8348(2020)19-3322-03

随着社会的发展,人们的生活习惯也在逐步发生变化,糖尿病的患病率也越来越高,已成为我国最常见的慢性疾病之一<sup>[1-2]</sup>。糖尿病是一种难以治愈的代谢性疾病,目前临床对糖尿病的治疗主要以口服药物治疗、胰岛素治疗、饮食运动治疗为主,患者病情多能得到控制,但临床治疗过程中发现,患者在治疗后血糖仍可能会发生较大波动,需长期进行血糖监测,帮助患者控制血糖指标,若病情不能得到有效的控制可能会引发其他器官并发症甚至至死致残,如失明、截肢、肾功能衰竭,心血管系统功能障碍等,而对于已经并发此类疾病的重症糖尿病患者,血糖监测更显得尤为重要<sup>[3-5]</sup>。在进行血糖监测的同时,合理有效地护理措施可以帮助患者更好的控制血糖。所以本研究在临床治疗的基础上,比较常规护理和系统护理在行血糖监测的重症糖尿病患者护理中的应用效果,为临床提供更有用的护理方法,现报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选取 2018 年 1—12 月本院收治的行血糖监测的重症糖尿病患者 120 例,按随机数字表法将其分为两组,对照组 60 例,干预组 60 例。对照组患者中,年龄 45~73 岁,平均(57.8±5.2)岁,其中男 35 例,女 25 例,病程 4~11 年,平均(7.31±2.07)年;干预组患者中,年龄 42~70 岁,平均(56.1±5.1)岁,其中男 36 例,女 24 例,病程 4~10 年,平均(7.07±1.84)年。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。本研究已通过本院伦理委员会审核。纳入标准:(1)符合 WHO 中关于糖尿病的诊断标准;(2)合并其他脏器病变或严重感染;(3)患者及家属均知情且签署同意书。排除标准:(1)患者合并精神障碍,无法配合研究进行;(2)不愿进行动态血糖监测。

#### 1.2 方法

##### 1.2.1 对照组患者给予常规护理

主要包括:(1)根据患者情况制定有针对性的饮食计划,给予糖尿病饮食护理;(2)加强患者用药护理,告知患者及家属用药方法及注意事项,指导患者识