

- [12] 黄天雯,张伟玲,刘圆圆,等.基于敏感指标的骨科专科护理质量标准的构建[J].护理研究,2022,36(4):580-586.
- [13] 康鹏德,翁习生,刘震宇,等.中国髌、膝关节置换术加速康复:合并心血管疾病患者围术期血栓管理专家共识[J].中华骨与关节外科杂志,2016,9(3):181-184.
- [14] 朱亮,刘莉,张建梅,等.术前预康复对全髌关节置换术后功能锻炼及运动耐力的影响[J].现代预防医学,2021,48(5):957-960.
- [15] 王月虹,方冬梅,刘忠芳,等.改变康复训练流程对髌关节置换术后功能恢复的影响[J].护士进修杂志,2011,26(8):713-714.
- [16] 甘玉云,代极静,刘星,等.功能康复优化方案在全髌关节置换术病人中的应用[J].护理研究,2019,33(8):1431-1434.
- [17] 黄宇,尹东.全髌关节置换术围手术期血液管理研究进展[J].临床医学研究与实践,2022,7(14):185-187.
- [18] 朱娟,陈丽斐,谭素芬,等.单病种质量管理标准化护理模式在人工髌关节置换术患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2013,19(20):12-14.
- [19] 中华医学会骨科学分会.中国骨科大手术静脉血栓栓塞症预防指南[J].中华骨科杂志,2016,36(2):65-71.
- [20] 也红臻,徐东明,吴玲,等.全髌关节置换术后行局部冰敷联合 CPM 效果分析[J].山东医药,2011,51(19):58-59.
- [21] 肖强,周宗科.人工全髌关节置换术围术期疼痛管理[J].中国修复重建外科杂志,2019,33(9):1190-1195.
- [22] 段永富,党兴.人工全髌关节置换术后关节脱位的相关影响因素分析[J].临床医学工程,2022,29(1):141-142.
- [23] 陈翠萍,刘洁珍,张积慧,等.护理质量指标管理对全髌关节置换患者术后假体脱位的影响[J].护理学报,2016,23(18):29-32.
- [24] 刘文君,周艳,陈亚飞,等.住院患者护理满意度量表的研究进展[J].中华护理杂志,2016,51(2):190-195.

(收稿日期:2022-12-25 修回日期:2023-04-17)

(编辑:冯甜)

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2023.17.029

网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1097.r.20230529.1501.012\(2023-05-29\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1097.r.20230529.1501.012(2023-05-29))

建立叙事干预小组对 AIDS 患者病耻感及生活质量的影响研究*

徐满琴,任勇,孙秋兰,陈仁芳,钟淑芳,姚瑜

(江南大学附属无锡五院 B5 感染科,江苏无锡 214000)

【摘要】目的 研究建立叙事干预小组对获得性免疫缺陷综合征(AIDS)患者病耻感及生活质量的影响。**方法** 选取 2020 年 1 月至 2022 年 1 月该院收治的 AIDS 患者 102 例作为研究对象,分为两组,各 51 例。两组均行高效抗逆转录病毒治疗,对照组行常规干预,研究组在此基础上建立叙事干预小组。对比两组干预前后治疗依从性、免疫功能、负性情绪、病耻感、生活质量变化,并统计不良反应发生情况。**结果** 研究组干预后治疗依从性、CD4⁺T 淋巴细胞绝对计数较对照组更高,负性情绪、病耻感各维度评分均较对照组更低,生活质量各维度评分均较对照组更优,不良反应总发生率较对照组更低,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 建立叙事干预小组可明显提高 AIDS 患者治疗依从性,增强免疫功能,减轻负性情绪及病耻感,改善生活质量,减少不良反应发生。

【关键词】 叙事干预小组;获得性免疫缺陷综合征;治疗依从性;免疫功能;负性情绪;病耻感;生活质量;不良反应

【中图法分类号】 R512

【文献标识码】 B

【文章编号】 1671-8348(2023)17-2705-06

获得性免疫缺陷综合征(acquired immunodeficiency syndrome,AIDS)作为全球广泛传播的传染性

疾病,其具有高传染性及高致死性的特点,成为社会性公共卫生问题^[1]。AIDS 的传播途径与卖淫、吸毒

* 基金项目:江苏省无锡市卫生健康委员会科研面上项目(MS201960)。 作者简介:徐满琴(1972—),副主任护师,本科,主要从事传染病方面的研究。

等相关,因而患者及其家属可能会受外界歧视,产生较大道德压力,同时患者家属又会将承受的各种歧视、耻辱迁怒于患者,常对患者出现责备、疏远、厌恶等行为举止,导致 AIDS 患者不仅受到疾病的折磨,也难以得到家庭的关怀^[2-3]。此外,由于目前此类疾病无法治愈,患者仅能服用抗病毒药物控制病情,因此自身常存在焦虑、抑郁等多种负性情绪和较重病耻感,其治疗依从性明显下降^[4]。对 AIDS 患者实施有效干预以缓解其不良心理情绪,改善生活质量非常重要。叙事干预是指干预人员通过耐心倾听患者诉说自己的故事,从而明确患者对生活、疾病的理解情况,帮助其重构个体并建立积极情感^[5]。本研究在收治的 AIDS 患者干预过程中建立叙事干预小组并实施干预,获得较好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2020 年 1 月至 2022 年 1 月本院收治的 AIDS 患者 102 例作为研究对象。纳入标准:(1)经实验室检查结合临床症状表现,符合人类免疫缺陷病毒(human immunodeficiency virus, HIV)/AIDS 诊断标准;(2)年龄为 18~70 岁;(3)具有正常沟通能力;(4)患者及其家属签署知情同意书。排除标准:(1)合并心脑血管疾病;(2)合并严重肝、肾、肺等脏器功能不全;(3)合并免疫系统疾病;(4)曾接受抗病毒治疗;(5)存在精神疾病。研究对象中男 68 例,女 34 例;平均年龄为(45.02±9.24)岁;临床分期:I 期 2 例,II 期 1 例,III 期 18 例,IV 期 81 例;婚姻状况:未婚 47 例,已婚 45 例,离异/丧偶/分居 10 例;家庭月收入:<3 000 元者 15 例、3 000~5 000 元者 62 例、>5 000 元者 25 例。所有患者分为对照组和观察组,各 51 例,两组一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组护理方法

对照组行高效抗逆转录病毒治疗和常规干预,干预人员主动与患者沟通,与其建立良好医患关系,并使用通俗易懂的词语与其配偶进行交流,告知患者及其配偶关于 AIDS 的相关知识,使其知晓疾病治疗的作用及意义等,以使患者尽可能保持积极态度面对疾病。

1.2.2 观察组护理方法

观察组行高效抗逆转录病毒治疗,建立叙事干预小组并实施干预,频率为 2 次/周,30 min/次,共干预 3 个月。(1)建立叙事干预小组。由心理学专家、临床工作经验在 5 年以上的专科医师组成。干预小组查阅相关文献,并由心理学专家为小组成员对叙事干预的理念、方式、意义及具体技巧等进行培训,所有成员在培训考核通过后方实施干预。(2)建立信任及咨询

关系。在实施干预前,干预人员对患者及其配偶的沟通叙事能力进行有效评估,此外开展叙事技能及反应性倾听培训,从而充分得到患者的信任。(3)问题外化。干预人员引导患者主动诉说对其心理创伤事件,并尽可能宣泄悲伤、痛苦情绪。干预人员在此期间保持耐心倾听及充分陪伴,让患者感受到被尊重和支持,从而逐步深入患者内心,与其产生真实共情,进一步拉近彼此间的距离,最终建立情感同盟。同时,干预人员在患者叙述中提取出关键内容及问题,并帮助其解决外化心理问题。(4)解构。干预人员通过诱导患者逐渐回忆过去经历,从而了解其最终克服的方法和过程,且从中筛选、记录利于患者改善不良情绪的内容和方法。干预人员也可通过讲述其他患者类似经历以为其提供解决问题的方法。(5)改写。干预人员依据患者的叙事记录,为患者建立日后行动及意义蓝图,通过积极事件建立的支线重新改写目前消极事件的主线,最终帮助患者重建自我。(6)见证。AIDS 患者的不良心理情绪及压力也有很大部分源于配偶及社会,因此,邀请患者配偶一同前往医院,在患者旁倾听整个干预过程,围绕患者叙事过程进行相应补充,并在干预期间给予患者充分鼓励和支持。(7)小组讨论。小组每周对干预过程及结果进行讨论,总结并寻找干预过程中遇到的困难。此外,组内对不同原因感染 AIDS 患者实施针对性沟通交流,从而尽可能优化干预效果。

1.2.3 观察指标

1.2.3.1 治疗依从性

采用本院自制依从性调查问卷,根据 Morisky 依从性问卷结合临床经验最终制订。包括 4 个问题:(1)能否完全按照医生要求的次数服药;(2)能否完全按照医生要求的量服药;(3)能否完全按照医生要求的时间服药;(4)能否根据医生的要求长期坚持服药而从不间断。每个问题包括 4 个选项:根本做不到(1 分),偶尔做得到(2 分),基本做得到(3 分),完全做得到(4 分)。总分 ≥ 14 分为完全依从,10~<14 分为部分依从,<10 分为不依从。依从性=(完全依从例数+部分依从例数)/总例数。

1.2.3.2 免疫功能

采用流式细胞仪检测两组干预前、后 CD4⁺T 细胞计数、外周血 CD4⁺CD45RA⁺T 细胞比例、CD4⁺CD45RO⁺T 细胞比例情况。

1.2.3.3 负性情绪

采用 90 项症状自评量表(symptom checklist-90, SCL-90)进行评定。量表共 9 个维度,90 个条目,每个条目评分 1~5 分,评分越低则表示负性情绪越轻^[6]。该量表 Cronbach' α 系数为 0.865,重测信度为 0.877,具有较高信效度。

1.2.3.4 病耻感

采用社会影响量表进行评定。量表共 4 个维度, 24 个条目, 每个条目评分 1~4 分, 评分越高则表示病耻感越强^[7]。该量表 Cronbach' α 系数为 0.895, 重测信度为 0.881, 具有较高信效度。

1.2.3.5 生活质量

采用世界卫生组织生活质量测定量表简表进行评定。该量表包含 4 个领域及 2 个独立条目, 共 26 个条目, 每个条目评分 1~5 分, 评分越高则表示生活质量越高^[8]。该量表 Cronbach' α 系数为 0.907, 重测信度为 0.891, 具有较高信效度。

1.2.3.6 不良反应

统计两组恶心呕吐、疲乏、眩晕、肝功能异常、皮疹、腹泻等不良反应发生率。

1.3 统计学处理

采用 SPSS 22.0 统计学软件进行数据处理。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 t 检验; 计数资料以频数或百分比表示, 组间比较采用 χ^2 检验或 Fisher 精确概率法。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组治疗依从性比较

研究组依从性 96.08% (49/51) 高于对照组的 74.51% (38/51), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组治疗依从性比较 ($n = 51$)

组别	完全依从	部分依从	不依从	依从性
	(n)	(n)	(n)	(%)
研究组	33	16	2	96.08 ^a
对照组	21	17	13	74.51

^a: $P < 0.05$, 与对照组比较。

2.2 两组干预前后免疫功能比较

干预后, 研究组 $CD4^+$ T 细胞计数高于对照组, $CD4^+CD45RO^+$ T 细胞比例低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

2.3 两组干预前后负性情绪评分比较

干预后, 研究组各项负性情绪评分均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

2.4 两组干预前后病耻感评分比较

干预后, 研究组各项病耻感评分均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 4。

2.5 两组干预前后生活质量评分比较

干预后, 研究组各项生活质量评分均高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 5。

2.6 两组不良反应发生情况比较

研究组不良反应总发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 6。

表 2 两组干预前后免疫功能比较 ($n = 51, \bar{x} \pm s$)

项目	干预前				干预后			
	对照组	研究组	t	P	对照组	研究组	t	P
$CD4^+$ T 细胞(个/ μ L)	162.37 \pm 112.46	164.25 \pm 115.27	0.083	0.934	235.48 \pm 104.29	289.93 \pm 106.37	2.610	0.010
$CD4^+CD45RA^+$ T 细胞(%)	13.26 \pm 6.02	13.41 \pm 6.05	0.126	0.900	16.77 \pm 6.82	18.04 \pm 5.79	0.085	0.932
$CD4^+CD45RO^+$ T 细胞(%)	67.04 \pm 10.03	66.58 \pm 11.12	0.219	0.827	61.27 \pm 12.25	57.38 \pm 11.09	1.681	0.096

表 3 两组干预前后负性情绪评分比较 ($n = 51, \bar{x} \pm s$, 分)

项目	干预前				干预后			
	对照组	研究组	t	P	对照组	研究组	t	P
恐怖	3.25 \pm 0.58	3.21 \pm 0.62	0.336	0.737	2.64 \pm 0.52	1.36 \pm 0.44	13.419	<0.001
焦虑	3.11 \pm 0.61	3.09 \pm 0.57	0.171	0.865	2.44 \pm 0.51	1.24 \pm 0.45	12.600	<0.001
抑郁	3.36 \pm 0.64	3.32 \pm 0.68	0.306	0.760	2.63 \pm 0.56	1.36 \pm 0.49	12.189	<0.001
强迫	3.18 \pm 0.56	3.19 \pm 0.54	0.092	0.927	2.32 \pm 0.53	1.25 \pm 0.42	11.300	<0.001
偏执	3.10 \pm 0.59	3.08 \pm 0.57	0.174	0.862	2.21 \pm 0.50	1.26 \pm 0.38	10.803	<0.001
敌对	3.06 \pm 0.51	3.04 \pm 0.53	0.194	0.846	2.37 \pm 0.42	1.38 \pm 0.44	11.623	<0.001
躯体化	2.91 \pm 0.52	2.94 \pm 0.55	0.283	0.778	2.21 \pm 0.51	1.30 \pm 0.42	9.836	<0.001
人际关系	2.99 \pm 0.45	3.02 \pm 0.46	0.333	0.740	2.14 \pm 0.41	1.37 \pm 0.42	9.369	<0.001
精神病性	2.60 \pm 0.59	2.63 \pm 0.55	0.266	0.791	2.02 \pm 0.42	1.40 \pm 0.40	7.634	<0.001

表 4 两组干预前后病耻感评分比较($n=51, \bar{x} \pm s, \text{分}$)

项目	干预前				干预后			
	对照组	研究组	<i>t</i>	<i>P</i>	对照组	研究组	<i>t</i>	<i>P</i>
社会排斥	26.83±4.97	26.92±5.03	0.091	0.928	26.02±4.55	20.09±4.47	6.639	<0.001
内在羞耻感	16.15±2.93	16.22±2.96	0.120	0.905	15.57±2.32	12.03±2.06	8.148	<0.001
经济无保障	10.02±1.46	9.94±1.25	0.297	0.767	9.02±1.47	6.88±0.96	8.705	<0.001
社会隔离	21.47±4.26	21.52±4.09	0.060	0.952	20.82±4.02	17.94±3.69	3.769	<0.001

表 5 两组干预前后生活质量评分比较($n=51, \bar{x} \pm s, \text{分}$)

项目	干预前				干预后			
	对照组	研究组	<i>t</i>	<i>P</i>	对照组	研究组	<i>t</i>	<i>P</i>
心理领域	15.72±3.81	15.80±3.79	0.106	0.916	17.22±3.16	19.47±3.51	3.402	0.001
生理领域	16.02±3.61	15.97±3.65	0.070	0.945	18.03±3.79	22.03±3.85	5.288	<0.001
环境领域	19.03±3.62	19.28±3.81	0.340	0.735	21.04±3.77	25.06±3.29	5.737	<0.001
社会关系领域	7.04±1.02	6.98±0.95	0.307	0.759	8.24±1.05	9.93±1.16	7.714	<0.001
对自己健康情况评价	2.03±0.71	2.06±0.73	0.210	0.834	2.24±0.75	2.91±0.80	4.363	<0.001
生活质量总评价	2.23±0.69	2.29±0.72	0.430	0.668	2.43±0.74	2.89±0.69	3.247	0.002

表 6 两组不良反应发生情况比较[$n=51, n(\%)$]

组别	恶心呕吐	疲乏	眩晕	肝功能异常	皮疹	腹泻	总计
对照组	5(9.80)	7(13.73)	4(7.84)	3(5.88)	5(9.80)	2(3.92)	26(50.98) ^a
研究组	1(1.96)	2(3.92)	1(1.96)	1(1.96)	1(1.96)	2(3.92)	8(15.69)

^a: $P < 0.05$, 与对照组比较。

3 讨论

AIDS 是一种致死率极高的传染性疾病,目前仍无治愈措施。高效抗逆转录病毒治疗虽然能够有效降低机会性感染率,延长患者生命时间,但易受多重因素影响,大部分患者会由于需要长期服药而难以保持较高依从性,因此治疗效果不佳^[9-10]。有相关调查结果表明^[11-12],在患者接受抗病毒治疗的早期,部分患者由于工作稳定性差、饮酒等不良习惯,以及吸毒及药物不良反应等被迫停止治疗。同时,由于患者家庭因素、社会环境及认知程度等存在客观差异,在接受治疗时可出现不同程度的心理障碍情况,使其治疗效果进一步下降^[13-14]。本研究在 AIDS 患者干预过程中建立叙事干预小组并实施干预,取得了较好效果。

本研究结果显示,研究组干预后治疗依从性较对照组更高,负性情绪评分较对照组更低,表明通过建立叙事干预小组并实施干预可有效缓解患者不良心理情绪,提升患者服药依从性。叙事干预源于叙事医学发展形成,其通过重新构建积极性、有意义的、崭新的故事,摒弃患者过往生活故事情节^[15]。叙事小组成员通过正面积情绪引导 AIDS 患者正确宣泄不良心理情绪,使其充分感受到医护人员的关怀,促进建立良好和谐的医护患关系,提升患者对医护人员的信

任度^[16]。通过让患者回顾和倾诉自身故事,多发掘其自身潜在能量,充分激发自我认同感,最终完成自我生命意义重构,实现角色转变,提高治疗依从性^[17]。

本研究结果显示,干预后,研究组病耻感各项评分均较对照组更低,生活质量各项评分均较对照组更优,表明通过建立叙事干预小组并实施干预可有效缓解患者病耻感,提高生活质量。该干预模式可有效为患者提供专业心理指导,有利于其提升情感支持和认知能力,改变患者对周围环境自我否定的态度,建立良好人际关系,改善其社会适应力,从而有效缓解病耻感;同时,由于患者服药依从性提升,病情得到控制,生活质量得以改善^[18-19]。

本研究结果显示,CD4⁺T 淋巴细胞绝对计数较对照组更高,不良反应总发生率较对照组更低,表明建立叙事干预小组并实施干预对于改善患者免疫功能,缓解不良反应具有一定作用。应激反应是机体受刺激后以垂体前叶、下丘脑、肾上腺皮质能力增强等为特征的非特异性反应。AIDS 作为一种应激源,可对患者情绪造成较大影响。相关研究表明^[20],抑郁、焦虑等不良心理情绪可通过机体神经内分泌免疫轴的作用,使免疫监视、杀伤细胞降低,T 淋巴细胞水平明显下降,从而降低机体免疫能力。建立叙事干预小组并实施干预可有效缓解患者负性情绪,从而对改善

患者免疫功能起到明显效果,也能对缓解不良反应产生积极效果。

综上所述,建立叙事干预小组可明显提高 AIDS 患者治疗依从性,增强免疫功能,减轻负性情绪及病耻感,改善生活质量,减少不良反应发生。

参考文献

- [1] MALEKI M R, DERAKHSHANI N, AZAMI-AGHDASH S, et al. Quality of life of people with HIV/AIDS in Iran: a systematic review and meta-analysis [J]. *Iran J Public Health*, 2020, 49(8): 1399-1410.
- [2] GUTIERREZ-GABRIEL I, GODOY-GUINTO J, LUCAS-ALVARADO H, et al. Quality of life and psychological variables affecting adherence to antiretroviral treatment in Mexican patients with HIV/AIDS [J]. *Rev Chilena Infectol*, 2019, 36(3): 331-339.
- [3] BELAY Y B, ALI E E, SANDER B, et al. Health-related quality of life of patients with HIV/AIDS at a tertiary care teaching hospital in Ethiopia [J]. *Health Qual Life Outcomes*, 2021, 19(1): 24.
- [4] RIBEIRO U, SOUZA V C, LEMOS S. Quality of life and social determinants in individual hearing AIDS users [J]. *Codas*, 2019, 31(2): e20170287.
- [5] JAIN D, KUMAR Y, KATYAL V K, et al. Study of quality of life and depression in people living with HIV/AIDS in India [J]. *AIDS Rev*, 2021, 23(4): 186-195.
- [6] HANDAYANI S, RATNASARI NY, HUSNA P H, et al. Quality of life people living with HIV/AIDS and its characteristic from a VCT centre in Indonesia [J]. *Ethiop J Health Sci*, 2019, 29(6): 759-766.
- [7] NIGUSSO F T, MAVHANDU-MUDZUSI A H. Health-related quality of life of people living with HIV/AIDS; the role of social inequalities and disease-related factors [J]. *Health Qual Life Outcomes*, 2021, 19(1): 63.
- [8] VU G T, TRAN B X, HOANG C L, et al. Global research on quality of life of patients with HIV/AIDS: is it socio-culturally addressed? [J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2020, 17(6): 2127-2129.
- [9] AHMED A, SAQLAIN M, BASHIR N, et al. Health-related quality of life and its predictors among adults living with HIV/AIDS and receiving antiretroviral therapy in Pakistan [J]. *Qual Life Res*, 2021, 30(6): 1653-1664.
- [10] ROGERS B G, LEE J S, BAINTEER S A, et al. A multilevel examination of sleep, depression, and quality of life in people living with HIV/AIDS [J]. *J Health Psychol*, 2020, 25(10/11): 1556-1566.
- [11] CALIARI J S, REINATO L, PIO D, et al. Quality of life of elderly people living with HIV/AIDS in outpatient follow-up [J]. *Rev Bras Enferm*, 2018, 71(Suppl. 1): 513-522.
- [12] MENGISTU N, HARERU H E, SHUMYE S, et al. Health related quality of life and its association with social support among people living with HIV/AIDS receiving antiretroviral therapy in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis [J]. *Health Qual Life Outcomes*, 2022, 20(1): 77.
- [13] SPRECKLEY M, MACLEOD D, GONZALEZ T B, et al. Impact of hearing aids on poverty, quality of life and mental health in Guatemala: results of a before and after study [J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2020, 17(10): 3470.
- [14] XIE F, ZHENG H, HUANG L, et al. Social capital associated with quality of life among people living with HIV/AIDS in Nanchang, China [J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2019, 16(2): 276.
- [15] KHADEMI N, SAEIDI S, ZANGENEH A, et al. The relationship between life satisfaction and quality of life among people living with HIV/AIDS in Kermanshah-West of Iran [J]. *Health Soc Care Community*, 2020, 28(6): 2218-2224.
- [16] TRAN B X, VU G T, HA G H, et al. Global mapping of interventions to improve the quality of life of people living with HIV/AIDS: implications for priority settings [J]. *AIDS Rev*, 2020, 23(3): 91-102.
- [17] WANG X, LUO H, YAO E, et al. The role of personality, social economic and prevention strategy effects on health-related quality of life among people living with HIV/AIDS [J]. *Infect Dis Poverty*, 2021, 10(1): 104.
- [18] FERREIRA A C, TEIXEIRA A L, SILVEIRA M F, et al. Quality of life predictors for people living with HIV/AIDS in an impoverished re-

gion of Brazil[J]. Rev Soc Bras Med Trop, 2018,51(6):743-751.

- [19] BAGHERI Z, TAHERI M, MOTAZEDIAN N. The impacts of depression and anxiety on quality of life among patients with HIV/AIDS and their spouses: testing dyadic dynamics using the actor-partner interdependence model [J]. AIDS Care, 2019,31(12):1500-1508.

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2023.17.030

网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1097.R.20230523.1739.004\(2023-05-24\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1097.R.20230523.1739.004(2023-05-24))

- [20] CHERNY C, ZIMMERMAN A, SHERMAN S. A novel collaboration: multifocal RGPs and low vision aids increase quality of life in visually impaired[J]. Cont Lens Anterior Eye, 2020, 43(3):274-276.

(收稿日期:2022-12-06 修回日期:2023-04-13)

(编辑:张芄捷)

以专职护士为主导的胸外科预住院管理模式构建及应用研究*

杨小艺, 唐文凤[△], 陈爱莲, 曾凡书, 张 诚, 吴庆琛

(重庆医科大学附属第一医院胸外科, 重庆 400016)

[摘要] **目的** 探讨以专职护士为主导的胸外科预住院管理模式的建立及应用效果。**方法** 选取 2020 年 9—12 月及 2021 年 9—12 月在该院胸外科行择期手术的 2 687 例患者作为研究对象。按照入院时间顺序, 将 2020 年 9—12 月研究对象作为对照组($n=1\ 354$), 其中手术患者 1 010 例, 未手术患者 253 例。将 2021 年 9—12 月研究对象作为干预组($n=1\ 333$), 其中手术患者 1 080 例, 未手术患者 344 例。对照组遵循传统预住院管理模式, 干预组采取以专职护士为主导的预住院管理模式, 比较两组术前等待时间、术前非计划出院率、术后平均住院日及患者满意度差异。**结果** 与对照组比较, 干预组术前非计划出院率(19.0% vs. 25.4%)降低, 手术患者术前等待时间[(3.26±2.03)d vs. (3.61±2.12)d]、术后平均住院日[(4.33±1.94)d vs. (5.39±1.31)d]缩短, 满意度总分[(87.71±1.74)分 vs. (77.44±5.37)分]升高, 差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 以专职护士为主导的预住院管理模式可以提高医疗服务效率。

[关键词] 专职护士; 预住院; 胸外科; 择期手术

[中图法分类号] R473.6

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2023)17-2710-03

预住院是通过收治虚拟床位的形式, 让病情相对稳定且符合手术指针的择期手术患者在院前完成必要的检查、检验后正式入住病区, 其一定程度上可缩短住院时间, 减少住院费用与经济支出^[1]。然而, 在传统的预住院模式下, 患者无法与医护人员保持面对面沟通, 继而无法获得及时的病情评估、参与术前准备与术后康复指导等临床诊疗活动, 导致后续治疗存在安全隐患; 同时, 预住院时间难以把控, 影响患者出院医保结算问题也日益突出, 严重阻碍了医院高质量发展的进程^[2]。在《关于推动公立医院高质量发展的意见》明确提出^[3], 要加强护理专科建设, 积极推动医院精细化管理, 激活医疗服务模式创新。专科护理门诊正是以护士为主导, 患者需求为导向, 在门诊提供安全、优质的护理服务新模式, 契合着国家政策的发展^[4]。为更好地认识和完善这种护理服务形式, 本研究探讨以专职护士为主导的预住院管理模式, 以期对

新时期医院高质量发展、专科护理建设提供借鉴和启示, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 9—12 月及 2021 年 9—12 月在本院胸外科行择期手术的 2 687 例患者作为研究对象。纳入标准: (1) 满足胸外科手术适应证; (2) 生命体征稳定; (3) 无明显严重的器质性和功能性疾病; (4) 知情同意; (5) 日常生活能力量表(ADL)评分 ≥ 40 分。排除标准: 最终未在本院胸外科进行手术者。按照入院时间顺序, 将 2020 年 9—12 月研究对象作为对照组($n=1\ 354$), 其中手术患者 1 010 例, 未手术患者 253 例。将 2021 年 9—12 月研究对象作为干预组($n=1\ 333$), 其中手术患者 1 080 例, 未手术患者 344 例。两组手术患者一般资料比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性, 见表 1。

* 基金项目: 重庆医科大学附属第一医院护理科研基金项目(HLJJ2020-08)。 作者简介: 杨小艺(1997—), 在读硕士研究生, 主要从事外科护理研究。

[△] 通信作者, E-mail: 1079593467@qq.com。