

多模块护理干预对子宫全切术患者负性情绪和手术配合度的影响

王思琴, 贾喜珍

(山东省烟台毓璜顶医院 手术室, 山东 烟台, 264000)

摘要: **目的** 探讨多模块护理干预对子宫全切术患者负性情绪及手术配合的影响。**方法** 选取2013年1月—2015年1月收治的60例子宫全切术患者,按入院顺序随机分为对照组和观察组,各30例。对照组实施常规围手术期护理,观察组在此基础上根据应激理论、正性心理学及罗伊适应理论制定适合子宫全切术患者的多模块护理干预方案,包括控制应激源模块、加快适应进程模块及心理疏泄模块。采用自制子宫全切术患者心理状况调查表评估患者心理状态,对比患者术前视觉模拟焦虑评分尺(VASA)评分、生命体征(心率、收缩压、舒张压)及手术配合程度。**结果** 术后3 d,观察组担心夫妻感情不和睦、担心术后并发症、担心失去女性特有魅力、担心性欲下降和担心夫妻性生活不协调5项评分均低于对照组($P < 0.05$)。术日晨、术前5 min,观察组焦虑得分均低于对照组($t = -2.985, -3.007, P < 0.05$)。术前5 min,观察组患者心率、舒张压低于对照组($t = -3.671, -2.849, P < 0.05$)。观察组手术配合程度高于对照组($Z = 5.281, P < 0.05$)。**结论** 对行子宫全切术患者采用系统性多模块护理干预,能够有效改善患者的心理状态,减轻术前焦虑情绪,使术前生命体征平稳,提高患者手术的配合度。

关键词: 子宫全切术; 多模块护理干预; 负性情绪; 焦虑; 心理护理; 子宫肿瘤; 子宫出血

中图分类号: R 473.6 **文献标志码:** A **文章编号:** 2096-0867(2018)05-0038-04

Effects of multi-module nursing interventions on negative emotion and operative coordination in patients undergoing total hysterectomy

WANG Siqin, JIA Xizhen

(Operating Theater, Yantai Yuhuangding Hospital, Yantai, Shandong, 264000)

ABSTRACT: Objective To investigate the effect of multi-module nursing interventions on negative emotion and operative coordination in patients undergoing total hysterectomy. **Methods** Totally 60 patients undergoing total hysterectomy were assigned to the observation group ($n = 30$) and the control group ($n = 30$) according to the admission sequence. Patients of two groups received routine care in perioperative period, and those in the observation group were given multi-module nursing interventions based on diathesis-stress, positive psychology and Roy's adaptation theory. A self-made questionnaire was used to investigate the mental status of patients. The visual analogue scale of anxiety (VASA), vital signs and operative coordination of patients were observed and compared between two groups. **Results** At 3 days after surgery, patients of the observation group had lower scores in terms of worrying about emotional discord, postoperative complications, losing femininity, decreased libido and sexual incompatibility compared with those in the control group ($P < 0.05$). The score of VASA was lower in the observation group than that of controls on the morning of the day and 5 minutes before operation ($t = -2.985, -3.007, P < 0.05$). Patients in the observation group had a relatively lower heart rate and diastolic blood pressure at 5 minutes before operation compared with those in the control group ($t = -3.671,$

-2.849, $P < 0.05$). The degree of operative coordination was higher in the observation group than that of controls ($Z = 5.281$, $P < 0.05$). **Conclusion** The multi-module nursing interventions are potentially effective to relieve the negative emotion, stabilize the vital signs and improve the operative coordination in patients undergoing total hysterectomy.

KEY WORDS: total hysterectomy; multi-module nursing; negative emotion; anxiety; mental nursing; cervix tumor; metrorrhagia

子宫全切术常用于治疗子宫肿瘤、出血等疾病^[1],因手术创伤大,而且子宫是女性生殖系统的重要器官,很多患者在手术过程中容易产生焦虑、抑郁、悲伤等情绪,增加手术应激反应,影响手术治疗进程及效果^[2-3]。了解子宫全切患者围术期心理变化特点,构建科学的心理干预模式,能够提高患者的手术配合度,使其顺利渡过手术危险期,促进术后康复。本研究结合子宫全切患者的心理特点建立多模块护理干预模式,取得良好效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2013年1月—2015年1月收治的60例子宫全切术患者。纳入标准:①年龄 ≥ 18 岁;②无精神、心理疾病史;③均为首次手术者;④具有一定的表达能力;⑤知情同意。根据入院顺序随机分为对照组和观察组,各30例。对照组年龄25~64岁,平均 (42.17 ± 6.81) 岁;观察组年龄26~63岁,平均 (42.06 ± 5.37) 岁。2组患者一般资料差异无统计学意义($P > 0.05$)。本研究经医院伦理委员会批准。

1.2 方法

对照组实施常规围手术期护理,完善术前准备,做好健康宣教和饮食指导,术后密切观察患者生命体征,加强引流管护理,根据患者恢复情况进项盆腔功能训练和活动指导,保持手术区域清洁,积极预防并发症。

观察组在对照组基础上给予多模块护理干预。研究者均接受统一专业培训,熟练掌握心理评估及干预技能。参考应激理论、正性心理学及罗伊适应模式构建理论框架对患者进行心理评估,掌握其手术心理应激变化及影响因素,进行系统性多模块护理干预,即术前1 d与患者近距离交流15 min,根据表1拟定护理模块内容实施干预。①评估患者情绪心理及其影响因素,选择干预切入点;②针对术前反应正常化的心理诱导;③尽量缩短手术等候时间,采用催眠疗法、冥想疗法、背景音乐等;④指出患者思维方式、信念方面的存在问题,劝导患者放下思想包袱;⑤发挥专业支持作用,详细解释手术流程及注意事项,介绍相似病例成功经验,告之可利用的支持,帮助寻找合适的应对策略;⑥根据患者特点,指导应对方式;⑦引导、示范纾解心理压力的方法,如呼吸放松法、冥想放松法等,保持术前生命体征平稳;⑧再次评估患者心理状态,以确定心理干预效果。

表1 子宫全切术患者护理模块、目标及措施

模块	目标	措施
控制应激源模块	“手术反应正常化”心理诱导	消除患者的不良手术反应和顾虑。
	寻找根源	通过评估,分析不同患者出现负性情绪的根源,给予疾病知识支持以及家庭、社会力量的支持,手术等候期间播放背景音乐,实施冥想疗法。
	减少外源性刺激	减少手术环境的负性刺激,如声音、视觉等。
加快适应进程模块	转变认知评价	以正向心理学原则,采用认知行为疗法调整不合理信念,告知患者切除子宫并不会丧失性功能。
	加强专业支持	告之手术流程,介绍成功经验,帮助寻找应对策略。
	提升应对效用	根据患者特点,应用转移注意力、再评价策略、积极评估痛觉等提升应对效用。
心理疏泄模块	建立精神信赖关系	调节、易化情绪表达形式,倾听不良情绪宣泄,维持术前生命体征平稳。
	鼓励放松	通过指导腹式呼吸及肌肉放松技巧,减弱内外应激的敏感性。
	性生活指导	针对不同患者存在的一些性心理问题,护理人员可进行专业性指导,帮助患者消除或降低对术后并发症、性生活的担忧与迷惑。

1.3 观察指标

1.3.1 自制患者心理状况调查表:通过查阅文献、专家咨询、量表信度效度验证制定《子宫全切患者心理状况调查表》,该表共5项,包括担心夫妻感情不和睦、担心术后并发症、担心失去女性特有魅力、担心性欲下降和担心夫妻性生活不协调^[4-5]。每项分为“非常担心、担心、稍微担心、不担心”4个级别,每个级别赋予6、4、2、0分,得分越高表示患者心理状况越不好。在术前1 d、术后3 d进行调查。

1.3.2 视觉模拟焦虑评分尺(VASA)^[6]:在术前1 d、术日晨及术前5 min各测量1次,即以长度为10 cm的水平直尺两端标明0~10分,0分为无焦虑紧张,10分为严重焦虑紧张,得分越高表示患者焦虑情况越严重。

1.3.3 生命体征:在术前1 d、术日晨及术前5 min各测量心率、收缩压、舒张压1次。

1.3.4 手术配合程度:由护士观察和记录患者接受手术治疗时的情绪反应等,将患者手术配合程度分为主动配合、基本配合、勉强配合3个级别。

1.4 统计学方法

采用SPSS 17.0统计软件进行数据分析,计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验,计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组干预前后心理状况比较

术前1 d,2组患者心理状况评分差异无统计意义($P>0.05$);术后3 d,观察组担心夫妻感情不和睦、担心术后并发症、担心失去女性特有魅力、担心性欲下降和担心夫妻性生活不协调5项评分均低于对照组($P<0.05$)。见表2。

表2 2组干预前后心理状况比较($\bar{x} \pm s$)

分

时间	组别	担心夫妻感情不和睦	担心术后并发症	担心失去女性特有魅力	担心性欲下降	担心夫妻性生活不和谐
术前1 d	观察组($n=30$)	5.31 \pm 0.36	4.82 \pm 0.63	5.67 \pm 0.84	5.60 \pm 0.68	5.52 \pm 0.34
	对照组($n=30$)	5.27 \pm 0.48	4.85 \pm 0.54	5.72 \pm 0.48	5.52 \pm 0.33	5.49 \pm 0.41
	t	0.382	0.253	0.637	0.384	0.528
	P	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
术后3 d	观察组($n=30$)	1.35 \pm 0.41	2.83 \pm 0.71	1.84 \pm 0.27	2.17 \pm 0.76	1.86 \pm 0.25
	对照组($n=30$)	4.51 \pm 0.27	4.60 \pm 0.35	4.58 \pm 0.27	4.32 \pm 0.33	4.53 \pm 0.64
	t	5.037	4.138	4.937	4.506	4.930
	P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 2组患者干预前后焦虑评分比较

术前1 d,2组焦虑评分差异无统计意义($P>0.05$);术日晨、术前5 min,观察组焦虑得分均低于对照组($t=-2.985$ 、 -3.007 , $P<0.05$)。见表3。

2.3 2组患者干预前后生命体征变化

术前5 min,观察组患者心率、舒张压低于对

照组($t=-3.671$ 、 -2.849 , $P<0.05$)。见表4。

表3 2组患者干预前后焦虑评分比较($\bar{x} \pm s$)

分

组别	术前1 d	术日晨	术前5 min
观察组($n=30$)	5.69 \pm 1.31	3.14 \pm 0.83	3.09 \pm 0.82
对照组($n=30$)	5.54 \pm 1.63	5.64 \pm 1.19	5.84 \pm 1.52
t	0.124	-2.985	-3.007
P	>0.05	<0.05	<0.05

表4 2组患者干预前后生命体征变化($\bar{x} \pm s$)

时间	组别	心率/(次/min)	收缩压/mmHg	舒张压/mmHg
术前1 d	观察组($n=30$)	78.87 \pm 6.65	123.44 \pm 12.44	63.89 \pm 7.62
	对照组($n=30$)	79.87 \pm 10.55	124.51 \pm 11.42	63.80 \pm 6.59
	t	0.376	-0.433	0.015
	P	>0.05	>0.05	>0.05
术日晨	观察组($n=30$)	85.71 \pm 11.70	123.66 \pm 9.50	65.19 \pm 7.40
	对照组($n=30$)	92.91 \pm 13.21	125.07 \pm 10.40	72.06 \pm 7.83
	t	-2.030	0.318	-0.371
	P	>0.05	>0.05	>0.05
术前5 min	观察组($n=30$)	86.67 \pm 12.82	125.35 \pm 7.27	67.16 \pm 6.33
	对照组($n=30$)	99.24 \pm 7.89	125.51 \pm 8.84	79.19 \pm 9.88
	t	-3.671	-0.108	-2.849
	P	<0.05	>0.05	<0.05

2.4 2组手术配合情况比较

观察组患者手术主动配合12例,基本配合17

例,勉强配合 1 例;对照组患者手术主动配合 3 例,基本配合 19 例,勉强配合 8 例。观察组患者手术配合程度明显高于对照组($Z = 5.281, P < 0.05$)。

3 讨论

成桂芳^[7]研究指出有效的心理护理对患者术前心率、血压、肌肉紧张度等均有明显的影响。本研究 2 组患者术前焦虑均处于较高水平,可见子宫全切术患者术前存在严重的心理应激,因此术前心理干预应得到手术室护士的高度重视。手术创伤、术后康复的担忧以及夫妻性生活等均是子宫全切患者焦虑的主要因素^[8-11],多模块护理干预分为 3 大模块:控制应激源、加快适应进程和心理疏泄,对疾病知识教育、患者术后焦虑因素、不合理理念等均进行指引。笔者还注意到当患者出现焦虑等负性情绪时,其生命体征会发生变化,如表 3 显示,术前 5 min,观察组患者心率、舒张压低于对照组($t = -3.671, -2.849, P < 0.05$)。可见,多模块护理干预对患者心率、舒张压的控制有一定作用,但对收缩压控制作用不明显,可能与本研究样本量过小有关。

本研究参照相关理论研究,建立子宫全切患者多模块护理干预方案。研究过程中,进入手术室前 2 组患者的焦虑评分普遍偏高,但经干预后,术日晨、术前 5 min,观察组焦虑得分均明显低于对照组($t = -2.985, -3.007, P < 0.05$),术后 2 组患者心理恢复趋势渐趋一致。该结果说明,手术患者术前 1 d 是进行心理干预的关键时间点,术前 1 d 对子宫全切患者进行一对一的访视、谈心,进入手术室后采取的一系列的干预可以有效增强患者的心理应对能力,激发患者潜在的动力,缓和术后的身心创伤,可以有效降低患者负性情绪,以平稳心情接受手术,促进术后康复^[12]。

综上所述,对行子宫全切术患者采用系统性多模块护理干预,能够有效改善患者的心理状态,降低患者对术后并发症、失去女性特有魅力、性欲下降和夫妻性生活不协调等方面的担心程度,减轻患者术前焦虑情绪,使患者术前生命体征平稳,提高手术的配合度,值得临床推广应用。

参考文献

[1] WRIGHT J D, GRIGSBY P W, BROOKS R, et al.

Utility of parametrectomy for early stage cervical cancer treated with radical hysterectomy. [J]. Cancer, 2007, 110(6): 1281 - 1286.

[2] FRICK A C, BARBER M D, PARAISO M F, et al. Attitudes toward hysterectomy in women undergoing evaluation for uterovaginal prolapse [J]. Female Pelvic Med Reconstr Surg, 2013, 19(2): 103 - 109.

[3] RAZA N, WAQAS A, JAMAL M. Post-operative anxiety, depression and psychiatric support in patients undergoing hysterectomy: A cross sectional survey [J]. J Pak Med Assoc, 2015, 65(4): 443 - 445.

[4] 蒋妮娜,路启芳,谢婷婷,等.盆底肌肉训练配合心理干预对年轻子宫全切患者术后性生活质量的影响[J].山西医药杂志,2016,45(13):1531 - 1534.

[5] BENTIVEGNA E, GOUY S, MAULARD A, et al. Oncological outcomes after fertility-sparing surgery for cervical cancer: a systematic review. [J]. Lancet Oncol, 2016, 17(6): e240 - e253.

[6] 张晓岚,赵体玉.手术等待期不同护理干预方法对剖宫产产妇术前焦虑的影响[J].中华现代护理杂志,2014,49(8):913 - 915.

[7] 成桂芳.手术室术前访视对患者心理和手术的影响[J].中国实用护理杂志,2011,27(s2):187 - 188.

[8] 张云,蒋翠翠,吴云,等.全子宫切除患者术后 3 年性生活现状调查[J].中国妇幼保健,2017,32(8):1768 - 1770.

[9] CAIXETA G A, CASTRO E E, SILVA - FILHO A L, et al. Quality of life and mental health in Brazilian women treated for invasive carcinoma of the cervix [J]. Int J Gynecol Cancer, 2014, 24(4): 794 - 799.

[10] STADNICKA G, IWANOWICZPALUS G, MAZUREK A, et al. The feeling of life satisfaction in patients after hysterectomy. [J]. Ginek Pol, 2012, 83(5): 347 - 352.

[11] 吕贤贞,丁芳,吴华美.围手术期心理干预对宫颈癌患者心理状况及生活质量的影响[J].中国妇幼保健,2011,26(15):2397 - 2399.

[12] RANNESTAD T, EIKELAND O J, HELLAND H, et al. The quality of life in women suffering from gynecological disorders is improved by means of hysterectomy. Absolute and relative differences between pre- and postoperative measures. [J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 2015, 80(1): 46 - 51.

(本文编辑:刘小欢)