

• 护理研究 •

基于奥马哈系统为框架的延续护理模式对肝硬化患者负性情绪及生活质量的影响*

张芳¹, 黄强^{1△}, 徐晓微²

(1. 南昌大学第一附属医院, 江西 南昌 330000; 2. 温州医科大学附属第一医院消化科, 浙江 温州 325000)

[摘要] 目的 探讨基于奥马哈系统的延续护理模式对肝硬化患者负性情绪及生活质量的影响。方法 收集 2019 年 10 月至 2022 年 10 月温州医科大学附属第一医院收治的 60 例肝硬化患者病历资料, 按随机数字表法将其分为对照组和观察组, 各 30 例。对照组采用常规护理方式, 观察组则在常规护理的基础上结合了基于奥马哈系统为框架的延续护理模式, 经干预后比较各组患者的心理状态及生活质量。结果 与对照组比较, 奥马哈系统持续护理干预后, 观察组患者的生活质量总分及除躯体疼痛外的各项维度的评分均明显增加, 差异均有统计学意义($P < 0.01$), 且心理状态焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)评分均降低, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 应用基于奥马哈系统的延续护理模式能够显著减轻肝硬化患者的负性情绪, 并且提高其生活质量。因此, 该模式不仅强调了身体层面上的治疗和康复, 还注重了心理和社会方面的支持和关怀。

[关键词] 奥马哈系统; 肝硬化; 延续护理; 生活质量; 负性情绪

DOI: 10.3969/j.issn.1009-5519.2024.07.033

中图分类号: R657.3+1; R47

文章编号: 1009-5519(2024)07-1239-03

文献标识码: B

肝硬化是由一种或几种原因重复造成的肝脏弥漫性和进行性损伤的进程, 是导致患者死亡的常见因素, 临床上因肝硬化往往是进行性发展, 且有很多的并发症, 很难治愈, 患者往往反复住院治疗。因此, 对于肝硬化患者, 治疗过程中对疾病的认识及出院后家庭生活中的一系列的延续性护理指导就显得尤为重要。目前, 这种延续性护理模式多较为单一, 方案不明确, 服务质量较低, 且服务目标不明确, 这就需要护理人员在临床护理中寻求一种新型的护理方式, 以传统连续性护理模式为基础, 并与肝硬化疾病本身的特征相结合, 将对患者的护理从医疗机构延续到了家庭, 在进行家庭连续性护理服务时, 要有评估、有反馈, 在反馈的基础上不断改进。从 20 世纪 70 年代开始, 奥马哈系统护理模式在国外被广泛应用于社区护理领域, 这种量化评估的护理模式也越来越受到国内临床专家的重视, 其在临床护理、延续护理、个案管理等方面的有效性和及时性的研究日益增多。现有临床资料表明, 奥马哈系统护理模式在脑卒中、糖尿病、产后抑郁、乳腺癌术后患者的延续性护理中有所应用, 不仅对疾病知识掌握的知晓率有显著提升, 在改善患者的生活质量方面也有很大作用^[1-4]。为此, 作者尝试将这种护理模式应用于肝硬化患者的延续护理管理之中, 目前已取得了满意效果, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2019 年 10 月至 2022 年 10 月温州医科大学附属第一医院收治的 60 名被确诊患有

肝硬化的住院患者, 其中男 42 例, 女 18 例; 年龄 40~65 岁, 平均(45±11)岁。按照随机数字表法将其分为对照组和观察组, 各 30 例。两组患者的一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。纳入标准: 根据《2000 年病毒性肝炎防治》中的肝硬化诊断标准^[5], 被确诊为肝硬化患者, 并取得了知情同意书。排除标准: 精神心理疾病(包括肝性脑病)和认知障碍无法配合实施研究的患者。

1.2 方法

1.2.1 护理方法

1.2.1.1 对照组 对照组给予实施常规护理, 即患者入院时进行常规宣教, 包括入院须知、介绍其主管医护人员、陪护及作息制度; 住院期间, 详细解释肝硬化及其并发症的基本知识^[6], 药物使用注意事项及饮食指导。如果患者出现焦虑、恐惧等负面情绪, 及时对其进行心理疏导, 会尽力让其感到舒适和放心。出院时交代复查时间、饮食及注意事项, 并分别在 1、3 个月时进行电话或微信跟踪随访。

1.2.1.2 观察组 观察组在对照组的常规护理基础上实施基于奥马哈系统的延续性护理干预(Cronbach's α 系数为 0.729, 效度系数为 0.85)^[7], 具体方法如下: (1) 问题分类。在黄金月教授及其研究团队引入并翻译^[8]的护理干预问题表的基础上; 运用德尔菲法(Delphi)法^[9], 将问卷发放给专家(专家要求: ①工作 10 年以上者; ②具有中级以上技术职称的护理或消化专家), 从该系统所涉及社会心理、环境、健康及生理四大领域方面众多问题中选出与肝硬化护理

* 基金项目: 温州市科技计划项目(Y20180342)。

△ 通信作者, E-mail: haofan0506@qq.com。

关系最密切的问题,构建肝硬化患者的问题评估表,共形成 13 个护理问题(有效回收率为 100%,内部一致性信度为 0.94,可信度较高)。(2)护理干预。该研究团队的成员包括 5 位拥有 10 年的临床护士,他们都拥有了中级及以上的职称。经过一系列关于奥马哈系统的规范化培训(PPT 宣讲、视频、教育手册等),要求具备良好的沟通技巧,在患者出院时为患者建立电子档案,包括一般情况及凝血功能、血常规、肝肾功能等,结合患者的具体情况,按照其所要求的问题分类、干预、结局评价 3 个方面制订计划,对患者进行咨询与指导、治疗和健康教育等干预,责任护士与护士长对干预后患者的认知、行为、状况进行评估,并且监督干预措施的落实情况。结合奥马哈系统制订的问题方案,及时发现患者存在的问题,与研究小组共同探讨干预方案进行有效干预。在住院过程中,关于药物名称、剂量、常见不良反应等常见问题给予正确指导;针对肝硬化不同并发症患者,制定不同的在院饮食方案及在家的饮食指导,如腹水患者应采用低盐优质蛋白饮食,肝性脑病患者应采用低蛋白、粗纤维饮食,对于上消化道出血患者及时禁食或流质饮食,平日饮食养成少食多餐、避免暴饮暴食及坚硬食物,减少对胃黏膜的刺激;对患者进行基本的肝硬化知识宣教,了解常见并发症的原因,关注并及时发现并发症情况,例如:上消化道出血关注大便颜色、腹水,关注腰围、体重,肝性脑病关注排便次数,自发性腹膜炎关注腹部压痛、体温等。肝硬化患者往往住院时间长、费用高,此外,一系列并发症容易复发,可能引起不良情绪,如自卑感和患者的世界厌倦感,及时发现并提供心理咨询,采取措施以提高患者克服疾病的信心。

(3)护理评估。在患者随访期间,研究小组结合奥马哈系统疗效评价系统对护理效果作出及时评价,在认知、行为、状况方面进行有效评估,比较各个问题的发生率,有进步、有改善的地方,给予继续执行,效果不佳的总结经验,进行自我修正。

1.2.2 疗效评价

1.2.2.1 生活质量 采用目前国内外最常用的量表

(SF-36);共包括 8 个维度。除情感职能、生理职能回答存在与否外;其余按功能受限程度分为 4~5 级,分值与患者生活质量成正比,Cronbach' α 系数为 0.704~0.939^[10]。

1.2.2.2 心理状态 采用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)^[11],各包括 20 个项目,分别按出现频率 1、2、3、4 分 4 个等级,按照国内常模,SAS 标准分为 50 分,SDS 标准分为 53 分,评分越低,焦虑、抑郁程度则越低。

1.3 统计学处理 应用 SPSS19.0 统计软件进行数据处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 *t* 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 生活质量评分比较 与对照组比较,观察组在生理功能、生理机能、生命活力、社会功能、情感机能、心理健康及整体健康等指标有显著升高,差异均有统计学意义($P < 0.01$),而在躯体疼痛方面差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 1。

表 1 两组患者干预后生活质量评分比较($n=30, \bar{x} \pm s$, 分)

项目	对照组	观察组	<i>t</i>	<i>P</i>
生理功能	51.44±6.31	62.64±5.33	-7.323	<0.01
生理机能	53.40±5.30	60.57±7.10	-6.468	<0.01
躯体疼痛	61.43±6.28	61.09±6.48	1.360	0.062
生命活力	53.20±9.28	61.99±6.28	-6.520	<0.01
社会功能	50.20±4.28	64.49±5.81	-8.390	<0.01
情感职能	62.21±8.35	64.43±9.28	-4.598	<0.01
心理健康	49.43±4.49	55.64±5.20	-5.469	<0.01
总体健康	56.23±8.11	61.23±5.41	-4.232	<0.01

2.2 心理状态比较 两组护理干预前 SAS 评分、SDS 评分,差异均无统计学意义($t = 1.775, 1.211, P = 0.057, 0.080$)。而观察组干预后 SAS 及 SDS 评分较对照组均降低,差异均有统计学意义($t = 2.121, 2.322, P = 0.003, 0.013$)。观察组干预前后比较,差异有统计学意义($t = 2.945, 2.078, P = 0.004, 0.017$),对照组的 SAS 干预前后比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者干预前后 SAS 评分和 SDS 评分对比分析($n=30, \bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	SAS				SDS			
		干预前	干预后	<i>t</i>	<i>P</i>	干预前	干预后	<i>t</i>	<i>P</i>
对照组	30	35.21±2.41	35.09±3.12	1.726	0.122	35.33±2.45	34.78±2.88	1.922	0.039
观察组	30	34.12±2.55	32.77±2.42	2.945	0.004	34.25±2.77	32.18±2.25	2.078	0.017
<i>t</i>	—	1.775	2.121	—	—	1.211	2.322	—	—
<i>P</i>	—	0.057	0.003	—	—	0.080	0.013	—	—

注:—表示无此项。

3 讨论

3.1 构建奥马哈延续护理的必要性 乙型肝炎及酒精性脂肪肝等诸多因素所导致的肝硬化临床多发性疾病,且并发症多、病程长,往往需要长期的治疗,在住院治疗并发症得到有效缓解的同时,出院后也需长期的药物控制,若不能得到有效的护理,无明确的用

药指导,依从性较差,并发症极易反复发作而多次住院,从而导致患者的生活质量严重下降。传统的护理模式仅局限在住院期间所实施的护理,出院后简单的随访往往并不能达到有效的护理,且缺乏有效的量化评估。因此需要在理论系统为框架的基础上,构建一个在院进行面对面的干预,出院后继续运用科学而有

效的延续性护理指导方式进行干预的护理模式。而奥马哈体系的优点是对问题、介入和评估都有详尽的规定,体现在可以在不同的时间点对患者进行评估,并且可以记录生理、心理、环境和健康相关行为的变化,从而充分了解患者的状况和需要及时采取的措施,真正实现了患者从医院到家庭的延续。

3.2 奥马哈延续护理有助于提高患者的生活质量

近年来,随着医学模式的转变,在评价治疗和干预慢性病患者疗效方面,生活质量已成为一项重要的指标。20 世纪 70 年代经北美护理协会认可的奥马哈系统是于 2000 年引进中国,是由分类、干预、评价完整的三大块组成的一种标准化护理语言体系^[12],通过分类评估表发现问题,结合肝硬化疾病特点及发展规律,针对存在的问题制定个性化的干预,如微信沟通、饮食指导、药物服用注意事项等,干预后进行动态的、量化的评估监测,以“过程”为导向,在充分调动家庭及患者的积极性的同时,也能根据患者个性化护理需求进行制定,既体现了整体护理的原则,又符合现代医学所倡导新模式(生物-心理-社会医学模式),并且能为全面了解患者病情及状态提供帮助。生活质量的评估是在对生理、心理、疼痛、社交等一系列指标的综合评估,肝硬化患者由于诸多并发症的存在,身体状况差,导致其生活质量下降,缺乏有效的护理指导导致生活质量的改善困难重重^[13]。本研究中,观察组经过奥马哈延续护理模式干预后,其生活质量总分及各项维度(除躯体疼痛外)的评分均显著优于对照组($P < 0.01$),躯体疼痛维度的结果考虑本身肝硬化患者多不引起躯体的疼痛,多为主观臆断导致,故改善不明显。由此可见,对观察组实施基于奥马哈的延续性护理模式,促进了肝硬化患者的情感及健康行为,改善生理职能,提高身体素质,增进社会情感,提高生命力,减少了患者不良情绪的发生,积极面对生活,并改善了患者的生活质量。

3.3 奥马哈延续护理有助于提高患者心理状态 由于肝硬化目前缺乏特效的治疗手段,患者易产生恐慌、焦虑等心理压力,受自身及社会认识局限的影响,在一定程度上影响了患者治疗的依从性,传统的延续护理形式较为单一,偏重于在住院期间治疗过程的护理,患者往往只能被动接受。本研究发现,对照组 SAS 评分干预前后比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),而以奥马哈体系为导向的延续护理模式能够主动对患者资料进行综合评估,进行有针对性地发现问题,进行归类和排序,从而帮助患者找到解决问题的最佳方法,并对干预进行量化的评价,制订更科学、系统的方案,从而促进其负性情绪的改善^[12]。与对照组比较,观察组干预后 SAS 及 SDS 评分均降低,差异均有统计学意义($P < 0.05$),这表明常规护理也能在一定程度上缓解抑郁的情绪,但基于奥马哈系统延续护理在影响心理状态的两方面都优于常规护理。

综上所述,本研究通过构建以奥马哈系统为框架的肝硬化延续护理模式,针对临床上出现的常见问

题,形成系统的延续护理服务体系,在患者出院后,使临床护理与家庭有机结合,进行共同参与和有效的管理,从而使肝硬化延续护理成为一个无缝隙、连续的过程,并且对干预后进行评估,对评估存在的问题进行有针对性的纠正。本研究中将这一标准化的护理语言,对肝硬化患者在出院 1、3 个月的延续护理进行干预,探讨其对生活质量及心理状态的影响,并做了初步的效果评价,虽然样本量较少,时间较短,但已获得一定成果,为将来制定适用于不同肝硬化人群的评价-干预-评价体系提供参考依据和实践经验。

参考文献

- [1] 文喆卿,郭珊,文雯,等.基于奥马哈系统的护理模式在老年脑卒中病人中的应用[J].护理研究,2023,37(5):938-940.
- [2] 高茜,王莉,时芳.基于奥马哈系统的延续性护理在前列腺癌根治术患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(10):146-148.
- [3] 成露,杜芸芸,张睿,等.奥马哈问题分类系统在帕金森病病人中的应用[J].全科护理,2021,19(13):1811-1814.
- [4] 黄丽娟,黄燕颖,杜桂容.奥马哈系统护理模式对抑郁症患者心理健康及生活质量的影响[J].福建医药杂志,2021,43(1):167-168.
- [5] 中华医学会.病毒性肝炎防治方案[J].中华肝胆病杂志,2000,8(6):324-329.
- [6] 张芳,卢雪琴,黄强.应用纽曼系统模式对肝硬化患者心理及生活质量的影响[J].温州医科大学学报,2017,47(8):620-622.
- [7] CANHAM D, MAO C L, YODER M, et al. The Omaha system and quality measurement in academic nurse-managed centers: ten steps for implementation[J]. J Nurs Educ, 2008, 47(3): 105-110.
- [8] 黄金月.高级护理实践导论[M].2 版.北京:人民卫生出版社,2012:112-119.
- [9] 廖琦,桂金艳. Delphi 法在护理专业中的应用进展[J].护理研究,2015,29(3):269-271.
- [10] 李春波,何燕玲.健康状况调查问卷 SF-36 的介绍[J].国外医学(精神病学分册),2002,29(2):116-119.
- [11] 孙振晓,刘化学,焦林瑛,等.医院焦虑抑郁量表的信度及效度研究[J].中华临床医师杂志,2017,11(2):198-201.
- [12] 黄金月,王少龄,周家仪.奥马哈系统在社区护理和延续护理中的应用[J].中华护理杂志,2010,45(4):320-322.
- [13] 王颖.奥马哈系统个案管理在肝硬化合并消化道出血病人中的应用[J].全科护理,2018,16(16):1973-1975.

(收稿日期:2023-11-14 修回日期:2024-01-11)