

6 问题与展望

曾经有人指出,一旦有了 CP,医务人员就有了依赖思想,变成了不善思考的医生和护士,这需要个别对待;一旦有了偏差,就会担心患者不安感增强,耐心地解释、说明可获得患者的理解和配合。另外,有因住院期间缩短、患者满意度未提高等意见,实际上,最近希望早期出院、早期回到工作岗位的患者呈增多趋势。21世纪没有 CP 的医院将被淘汰,现在,顺应患者、社会和医院的自身需求,CP也成了不可缺少的工具。实际上,CP的应用是为了改善医疗、护理的持续活动。CP的应用过程中,能促进医生努力提高自身的诊断技术,熟悉手术前后的管理;护士按照 CP 执行护理,在执行中发现偏差并及时与医疗团队其他人员沟通,纠正偏差;药剂师、营养师等根据 CP 要求,同医生、护士互相协调;患者通过 CP 能够充分了解自己的病情,积极配合,最终使医疗护理质量提高,患者满意度提高。

参考文献

- 1 Saint S, Hofer TP, Rose JS, et al. Use of critical pathways to improve efficiency: a cautionary tale. *Am J Manag Care*. 2003; 9 (11): 758-65.
- 2 Noie T, Konishi T, Nara S, et al. Development of clinical pathway in S-1 chemotherapy for gastric cancer. *Gastric Cancer*. 2003; 6 Suppl:

58-65.

- 3 Dy SM, Gang PP, Nyberg D, et al. Are critical pathways effective for reducing postoperative length of stay? *Med Care*. 2003; 41 (5): 637-48.
- 4 Stephen AE, Berger DL. Shortened length of stay and hospital cost reduction with implementation of an accelerated clinical care pathway after elective colon resection. *Surgery*. 2003; 133 (3): 277-82.
- 5 Gutierrez Duenas M, Lozano FJ, Díez Pascual R, Ardeñaz E, García Arca D, Domínguez Vallejo FJ. A cute appendicitis: Usefulness of a evidence-based critical pathway. *Cir Pediatr*. 2002; 15 (4): 156-61.
- 6 針原康, 小西敏郎. 消化器疾患のクリニカルパス. *外科*, 2004; 66 (1): 1-5.
- 7 阿部佳子. クリニカルパスの3段階. *看護管理*, 2000; 10 (4): 304-307.
- 8 尾形裕也. 21世紀の医療改革と病院経営. *日病院会誌*, 2001; 48: 839-864.
- 9 針原康, 小西敏郎. クリニカルパスの目的と効用. *胆と膵*, 2003; 24: 149-153.
- 10 須古博信. クリニカルパス導入の手順と戦略. *臨外*, 2003; 58: 12-17.

(本文编辑: 赵中升)

国内外护士职业压力研究

孙晓颖 (综述)

【摘要】随着社会的发展,健康的概念已扩展为生理健康、心理健康以及良好的社会适应能力;同时,随着生活节奏的加快,竞争日益激烈,人们的心理压力也逐渐增加,更多的心理问题和心理疾病也应运而生。与健康关系密切的护理工作已成为卫生保健行业中压力最大的职业之一。该文从护士的职业压力表现、压力源以及对职业压力的干预模式等方面,就目前国内外关于护士职业压力的研究进行了综合性述评,并在此基础上展望了该领域的发展趋势,希望能以此加强我国对护士职业压力研究的重视。

【关键词】职业压力; 护士; 职业倦怠

职业压力 (Occupational stress) 已严重影响到个体的生产力、工作满意感和健康^[1], 受到越来越多的社会学家、生理学家、心理学家以及政府部门的关注。护士是活动在护理服务对象的地域环境以及与他们关系之中, 并与其共存的环境和个体或群体进行着双向和多向的交流^[2]。护士的工作对象包括患病的人和健康的人, 他们必须经常面对病人、家属、医生及其他的健康工作者, 这些复杂的人际关系都会导致工作压力的产生。有研究表明, 护理是卫生保健行业中压力最大的职业之一^[3]。

职业压力一方面会直接影响到护士的成就和健康, 同时也会间接影响到其所服务的对象——患者及家属; 另一方面,

政府和社会也承担着由职业压力带来的严重后果, 如因旷工、工作质量下降、赔偿、健康保险以及医疗而支付的巨额开支。因此, 只有在保障护士心理健康的前提下, 才能为患者提供高效的身心护理, 才能促进我国的医疗护理事业向更高质量的方向健康发展。

1 职业压力及表现

Folkman 和 Lazarus 认为压力是个体与超过他们的能力之外, 并危及到他们身心健康的环境间的交互关系。压力包括压力源和压力反应。压力源主要包括环境、认知、应对方式以及个体自身的特质因素。压力会导致心理和生理上的疾病, 在生活压力及其对心理、生理疾病易感性关系的研究中, 结果表明生活压力和生理疾病有显著的相关^[4]。

作者单位: 215021 江苏省苏州市, 苏州大学心理学系

职业压力是职业要求与个体的知觉不平衡所引起的从业人员的身心压力状态;或是当工作条件未能与人的工作能力、人力资源相匹配时所产生的一种有害的生理与情绪反应^[5]。高强度的工作压力会使护士产生工作疲惫感,表现为情绪不稳定、易激惹、对服务对象漠不关心等;长期的压力还会进一步影响护士的身心健康,表现为职业倦怠。Maslach将那些长期处于压力影响中的服务行业工作人员的健康退化现象描述为“身心耗竭综合征”(Burnout Syndrome, BS)。“耗竭”可引起个体对工作的厌恶感,表现为服务质量退化、对服务对象漠不关心等。职业倦怠是护士职业压力最主要的表现,具体可描述为:心理上的焦虑、抑郁、失落、缺乏自信、对工作不满等;消极行为增多,如冲动、抽烟喝酒、迟到旷工、操作不当、改行甚至自杀等;健康方面的生理和心理疾病等^[6]。职业压力不仅会影响到护士自身的生活质量,同时也会对其护理对象的身心健康造成影响。

职业压力可带来行为、认知和生理 3 方面的消极后果,表现为工作表现差、医疗事故、劳工伤害、旷工、离职、情绪不稳、心血管疾病等问题。最新研究发现职业压力与免疫力下降以及激素改变引起的不育、流产和早产有关^[7]。也有研究表明,职业压力与情感障碍呈显著的正相关^[8]。同时,还会造成护士攻击行为(多为口头上的)增多^[9]。

2 职业压力源

压力源是引发压力的具体目标和事件。Lashinger根据压力源对个体的重要程度、不确定程度以及持续时间,提出了重要性、不定性和持续时间的职业压力 3 要素模式^[10]。Fletcher提出的“紧张源-压力-后果”理论模式,认为紧张源,即职业压力源来自于个体、群体、医院以及工作之外的 4 个方面。护士工作量大、护理濒危病人、角色负荷过重以及由此引发的角色矛盾、与同事沟通不良等都会导致职业压力^[11]。对压力源的具体研究主要涉及工作环境(包括工作量、职业安全等)、职业应激、社会支持、人格特质、工作满意度、应对方式等。其中主要有以下几个方面:

2.1 护理人员缺编

护理人员缺编严重,工作超负荷^[12]造成了一系列消极的后果,如护理质量下降、执行医嘱所用的时间减少、与其他工作人员协作时间减少等^[13],这不仅会导致护士的劳工伤害,还会引发护士对自己护理质量下降的忧虑。

2.2 护理工作自身特点

国外有关护士工作应激的大量研究表明,责任重大、工作繁重、压力大、地位低、护患关系紧张等是常见的心理应激因素^[14]。其中,护士承受的巨大专业压力以及与工作有关的人际关系是造成护士紧张的最主要原因^[15]。另一方面,为了降低医疗事故的发生率、减少病人的投诉率,医院对护士的管理和要求也越趋严格,这更使护士处于一种高度的应激状态^[16]。

护士的工作大都是轮班制,而轮班制打破了正常的生物节律,对护士的行为和健康造成了负面影响。在健康人群和轮班工作人员中,疲劳通常伴随着抑郁和焦虑^[17]。有研究表

明,值夜班护士比不值夜班的护士表现出更多的疲劳、焦虑、抑郁、睡眠失调以及睡眠质量差^[18]。

2.3 社会支持

大量研究表明,社会支持与护士的职业压力呈负相关^[19]。在工作中,缺少管理者的支持会导致消极的情绪状态和低工作满意度;同时亲属及朋友对自己工作的理解和支持也是社会支持系统的重要组成部分。

2.4 个人因素

护士的人格特征也是职业压力的重要变量。在性格特征方面,高度的自尊为缓解工作压力和维持精神健康有着重要作用,但对 B 型性格的个体则不起显著作用^[20]。

在关于耐久力(Hardiness)的研究中,Pollock认为耐久力是压力研究中的一个积极的中介变量^[21]。有高耐久力的个体表现出更少的压力和更高的健康状态水平;耐久力可以从改变对压力的认知以及运用有效的应对策略两个方面抑制压力的产生^[22]。

同其他职业相似,护士的职业压力源也来自工作和生活各个方面的各个方面。纵观目前已有的研究,护士职业压力的压力源主要表现为:社会方面,职责增加、行政支持缺乏、报酬低、社会对护士职业和地位的认可度引起的工作满意感低;工作性质方面,护士缺编和经验不足,“三班制”扰乱正常的生理节律,经常面对生离死别的场面,应付病人多变的情绪等^[23]。但由于某些原因造成的研究结果的不一致,使人们逐渐认识到个体对工作的主观感受远大于客观工作条件对职业压力的影响,即个人因素在职业压力中所起的中介作用是不容忽视的。

3 职业压力干预模式

3.1 MBSR 模式

由Kabat-Zinn创立的MBSR(Mindfulness-Based Stress Reduction)是一项通过增加经验支持的应对压力的干预模式,其重点在自我关注、同情(不抱有任何评价的对个体当下感受的关注)以及康复,以此来帮助护士处理压力并减少职业倦怠^[24]。MBSR模式以人本主义思想为基础,注重自我的内部调节,进而达到消除职业压力不良影响的目的。

3.2 ROY 模式

ROY模式是以美国护理理论家Sister Callista Roy于1974年提出的Roy适应模式(Roy Adaptation Model)为基础形成的干预模式。ROY适应模式是以识别压力源、控制压力源、提高护士适应能力来减轻护士的工作压力,进而提高护士的适应性,消除不良反应^[25]。ROY模式注重外部,是以发现问题一解决问题为过程的干预模式。

3.3 其他应对策略

3.3.1 外部策略

适当的权利下放、提高护士地位、改善工作环境、确保沟通及时和来自管理者的社会支持,都会有利地缓解护士的职业压力。根据“心理契约”假设^[26],护士通常期望能通过自己的努力工作让领导和服务对象满意;同样,护士也希望从他们那里得到基本的尊重和支持。因此,管理者应更多

地关注护士的工作压力状况,并及时给予工作和生活上的帮助,如适当的人员配备、增加弹性时间、帮助平衡工作与家庭的需要等,做到人性化管理。

3.3.2 内部策略

有研究表明,不同的应对方式可降低或增加应激的反应水平^[27,28]。积极的应对方式能改变个体的主观认识,提高个体处理问题的能力并改善情绪。而提高护士的内控感,以及在护理实践中的成功体验和自我成就感,也是保证护士心理健康的关键。此外,学习和运用积极的应对策略,减少消极心理防御也是提高心理适应能力的基础。因此,加强护士在继续教育中沟通技巧的掌握以及心理防护和心理健康方面的培训,培养其健全人格,在应对职业压力的负面影响上也是至关重要的。在中介因素方面,可通过提高护士的耐久力来防止或减少职业压力带来的负面效应^[29]。

4 未来发展趋势

虽然国内外已有大量关于护士职业压力的研究报告,但关于这方面的研究仍存在许多不足,还有诸多问题值得进一步探讨。结合研究现状,未来护士职业压力研究的发展趋势主要可表现在以下几个方面:

4.1 研究领域将进一步扩大

职业压力通常被作为个体的主观感受而被加以研究,其研究对象也是以个体为主。但随着对群体研究的重视,对护士的群体研究将是未来的研究趋势之一。对群体的研究,理论上有助于科学地分析社会行为,实践上也可为群体成员提供从其他途径难以获得的物质资料和心理资源。因此,通过对护士的群体研究有助于从群体构成、群体结构以及群体动力等宏观方面为研究护士的职业压力提供新的视角。同时,对职业压力的研究还应引进管理学中对压力管理的研究成果,结合职业生涯管理对护士的职业压力研究作进一步的深化。

4.2 中介变量的作用将被加强

以往的研究由于所选被试和测量的工具的差异,出现了许多矛盾结果。如有研究表明,护龄与工作压力、心理健康都不相关;但也有研究表明年龄、护龄、职称与消极应对方式呈正相关^[30]。再如,有大量研究证明在不同工作环境中的护士职业压力有差异,而 Kirkcaldy 等人发现不同科室间护士的职业压力无差异^[31]。因此,今后关于护士职业压力研究的重点以及突破口还在于通过对人格特征等中介变量的研究,以弥补目前研究的缺陷。

4.3 干预模式的发展将成为重点

目前,关于护士职业压力的研究大多集中在压力表现和压力源的探讨上,而对干预模式的发展及其应用效果的报道不多。研究职业压力的最终目的是为了帮助人们正视并积极应对工作中的压力,从而确保心理和生理的健康。因此,在已有大量研究的基础上,未来职业压力的研究领域将重点放在干预模式的探讨及其应用价值的推广方面。首先,我们应该明确,干预模式不是几项策略的简单组合,而应是一个有机的整体,以“评估-分析-干预措施-再评估”模式为基础形成一个有机的良性循环,并将护士的压力状态和干预措

施及结果以报告的形式存入本人的心理档案,以备进一步帮助和研究之用。其次,干预策略将向多样化发展。在内容上,可采用内部的健全人格干预,外部的群体氛围干预并引入员工帮助计划(EAP);在形式上,可采用培训干预和小组治疗等。最后,要特别注重对干预效果的研究,为干预模式的进一步推广应用打好基础。

参考文献

- Williams S, Cooper CL. Measuring occupational stress: development of the pressure management indicator. *J Occup Health*, 1998, 3 (4): 300-321.
- 陈素坤. 临床心理护理指导. 北京: 科学技术文献出版社, 2001. 8-9.
- 李小妹. 护理学导论. 长沙: 湖南科学技术出版社, 2001.
- Kobasa SC. Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *J Pers Soc Psychol*, 1979, 37 (1): 125-139.
- Center for disease control and prevention. Strategies for preventing job stress. Retrieved February, 2002. 17.
- 武俊杰. 国外关于口腔医生职业压力的研究. *临床口腔医学杂志*, 2004, 20 (10): 636-637.
- Simmons BL, Nelson DL. Eustress at work: the relationship between hope and health in nurses. *Health Care Management Review*, 2001, 26 (4): 7-18.
- 黄华兰, 冼慕慈, 覃惠英, 等. 肿瘤医院与综合医院护患情感障碍的对照研究. *中国实用护理杂志*, 2004, 20 (8): 3-5.
- Micelle RM, Holly S. Stress and verbal abuse in nursing: do burned out nurses eat their young? *J Nurs Management*, 2005, 13 (3): 242-248.
- Lashinger HK, Finnegan J, Almost J. Testing Karasek's demands control model in restructured healthcare setting: effective of job strain on staff nurses quality of work life. *J Nurs Adm*, 2001, 31 (5): 233-241.
- Fletcher CE. Hospital RNs' job strain on staff nurses quality of work life. *J Nurs Adm*, 2001, 31 (6): 233-241.
- 赵光红, 刘义兰, 王桂兰, 等. 护士压力状况的调查分析. *护理学杂志*, 2002, 9 (17): 689-691.
- 华小芬. 美国护士职业压力与护士短缺危机的最新研究. *护理与康复*, 2003, 2 (3): 133-135.
- 逢冰洁, 张曼玲, 江志君, 等. 护理工作应激与护士心理健康状况的研究. *中华护理杂志*, 1998, 33 (8): 435-438.
- Jason LA. 护士慢性疲劳综合征. 赵毅, 李平红, 陈玉平译. 国外医学护理学分册, 1998, 17 (6): 265.
- 汪涛. 护士心理卫生状况研究. *医学教育研究*, 2002, 15 (1): 50-51.
- Ruggiero JS. Correlates of fatigue in critical care nurses. *Res Nurs Health*, 2003, 26: 434-444.
- Gold DR, Rogacz S, Bock N, et al. Rotating shiftwork, sleep, and accidents related to sleepiness in hospital nurses. *Am J Public Health*, 1992, 82: 1011-1014.
- 陈素坤, 王秋霞. 护士职业压力与心理适应的调查研究. *中华护理杂志*, 2002, 37 (9): 659-662.
- 梅锦荣. 新加坡护士维持精神健康的社会心理因素. *中华护理杂志*, 1999, 34 (2): 71-73.

- 21 Pollock SE. The hardiness characteristic a motivation factor in adaptation. *Adv Nurs Sci* 1989; 11 (2): 53-62.
- 22 Kobasa SC. Hardiness and health a prospective study. *J Pers Soc Psychol* 1982; 42 (1): 168-177.
- 23 叶钰芳. 临床护士心理健康状况调查分析. *护理研究*, 2004; 18 (8): 1430-1431.
- 24 Cohen-Katz J. The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout. *Holistic Nursing Practice* 2004; 18 302-308.
- 25 谭玉兰, 宋玉兰. 运用 ROY 适应模式管理护士职业压力初探. *护士进修杂志*, 2002; 17 (2): 95-97.
- 26 Ivancevich JM, Matteson MT. *Organizational behavior and management* 6 ed. New York: McGraw-Hill 2002.
- 27 Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, *et al.* Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Personality and Social Psychology* 1986; 50 (5): 992-1003.
- 28 Blumenthal JA, Burg MM, Barefoot J, *et al.* Social support type a behavior and coronary artery disease. *Psychosom Med* 1987; 49: 339-340.
- 29 Judkins S. Stress among nurse managers can anything help? *Nurse Researcher* 2004; 12 (2): 58-70.
- 30 刘秋鸣, 郭华, 施莉琼, 等. 护士职业压力与应对方式的相关性调查与对策. *上海护理*, 2004; 4 (2): 10-12.
- 31 Kikkaly BD, Martin T. Job stress and satisfaction among nurses individual differences. *Stress Medicine* 2000; 16 77-89.

(本文编辑: 戚兆力)

术中褥疮的研究进展

何晓珍 樊翌明 (综述)

【摘要】 术中褥疮指患者在术后几小时至 6 d 内发生的褥疮, 其发病率为 4.7% ~ 66%。典型的术中褥疮先有肌肉和皮下组织的损伤, 随后累及真皮和表皮层。术中褥疮的危险因素可分为内源性、外源性和手术室特异性危险因素。术中褥疮目前尚无有效的预防措施, 预防的重点是减少手术过程中的压力和切应力。

【关键词】 褥疮; 发生; 手术室

褥疮是因长时间压迫所致的皮肤、皮下组织和肌肉的损伤^[1]。褥疮不仅给患者带来痛苦、并发症、甚至死亡, 而且明显延长了住院时间。在荷兰, 大于 1% 的卫生保健经费用于褥疮的防治或支付因褥疮所致的住院费用^[2]; 美国的褥疮治疗费用每年 > 10 亿美元^[1]。一度认为褥疮仅仅是病房的护理问题, 目前的研究显示手术是褥疮的危险因素^[3]。作者拟就术中褥疮的发病率、危险因素、临床特点和预防措施作简要综述, 旨在引起我国护理工作对术中褥疮防治工作的重视。

1 术中褥疮的发病率

术中褥疮 (Intraoperative pressure sore) 指患者在术后几小时至 6 天内发生的褥疮, 其中以术后 1~3 d 最多见^[4]。褥疮在住院患者中的发病率为 1% ~ 11%, 而在手术患者中则高达 4.7% ~ 66%^[3]。1998 年, 荷兰的教学医院和综合性医院中褥疮发病率分别为 13.2%、23.3%, 其中各有 39.1% 和 21.7% 褥疮患者经历手术治疗^[5]。Nikon 等报道英国的术中褥疮发病率为 15.6%^[6]。文献报道的褥疮发病率差异较大, 可能与褥疮定义、评价方案、病例样本和排除标准不同有关。

2 术中褥疮的临床特点

受压部位在术后 1~2 d 内出现红斑, 常被误认为皮肤烫

伤; 这种烫伤迅速转变为瘀斑, 酷似皮肤青紫或深色皮肤变色。随着组织损伤发展至 II 期, 可出现皮肤水泡或皮肤剥脱。组织坏死发生在初期组织损伤后 2~6 d^[4]。褥疮一般无明显疼痛, 在短期内可自行愈合; 少数患者出现局部疼痛、麻木, 位于足跟或骶部的褥疮可妨碍患者活动^[3]。好发部位与手术体位有关, 仰卧位多见于骶部和足跟, 俯卧位则为胸部骨和颈部^[3]。

非手术患者的褥疮一般先有皮肤发红或水泡, 以后才有深部组织损伤。典型的术中褥疮先有肌肉和皮下组织的损伤, 随后累及真皮和表皮层; 这些褥疮好发于骨突起处, 术后 1~5 d 才有明显表现, Shea 于 1975 年将此型褥疮命名为闭合性褥疮 (Closed pressure ulcer)^[7-9]。虽然有人报道术后立即出现的 I 期和 II 期褥疮可在数小时内迅速发展成 III 期和 IV 期褥疮, 但 Schultz 等发现部分褥疮在 1 d 内消退, 余者在观察期内仍然存在, 且未进行性发展^[4]。

3 术中褥疮的危险因素

一般认为压力和切应力是褥疮的病因, 但其他危险因素 (统称为组织耐力) 亦起着重要作用^[10]。术中褥疮的危险因素可分为内源性、外源性和手术室特异性^[11]。

3.1 内源性危险因素

3.1.1 年龄: 大于 70 岁老人术后发生褥疮的危险性增加了 2