

理工作者应充分让患者的家属了解该病的特殊性,向家长宣传静脉留置针穿刺可以减少对患儿皮肤血管的损害,减轻反复穿刺而造成的痛苦,只要严格按照规范操作、护理得当,就能保护血管,减少液体外渗,有效避免静脉炎的发生;并且能保证合理用药时间,促进康复,缩短住院时间,以取得家属的理解和配合。(2)沟通:小儿川崎病患者以及家属,对侵入性操作有恐惧感,因此在为患者静脉穿刺时,要求护士通过心理护理,调动患儿的主观能动性,对于过小的患者,因不能用言语交流,可采用分散注意力法,减轻患者紧张、恐惧等心理。(3)教会患者在输液过程中选择舒适体位,治疗期间应嘱患者,置管侧肢体尽量避免过度活动,尤其是在输液时等。(4)取得患者信任后再行静脉穿刺,尽量做到一次成功,即使不成功,应当向患者道歉,患者也会谅解并予以鼓励,这在很大程度上提高了静脉穿刺的成功率。

**2.3 静脉选择** 静脉的选择直接影响着穿刺的成功率,且与渗液、静脉炎等并发症的发生有着很大的关系<sup>[1]</sup>。在本患儿中,我们均选择了足背静脉。额正中静脉穿刺成功率虽高达85.37%,但大量输液时间过长易发生渗出,最好不用此静脉留置<sup>[2]</sup>。

**2.4 穿刺方法** 应特别注意在连接头皮针与静脉留置针时肝素帽接口处的排气,可将静脉留置针针尖朝上倒置,打开输液开关,直到液体充满肝素帽的接口处,再倒置回针尖朝下,可避免有残余空气留置在静脉留置针管内。常规消毒后,进针方法同一般静脉穿刺,回血后将留置针外管沿血管方向推进,左手按压留置针管尖部上方血管,以免出血或空气进入,退出针芯,重新消毒针眼周围及针翼,干后贴上透明敷贴。郭德芬等<sup>[3]</sup>研究认为,留置针刺入皮肤见血后采用边退针芯边置入外套管法为最佳方法。此法避免了锋利的针芯尖触及静脉壁,而皮肤外的外套管又有针芯支持,顺利通过皮肤,因此较为安全,成功率为97.5%。

**2.5 封管液的剂量、浓度与留置时间的关系** 目前公认的封管液有生理盐水和肝素稀释液两种。本文10例患儿均采用盐水封管,均会成功。王扣英<sup>[4]</sup>试用生理盐水3 ml封管3 160

例次,成功率达99.9%。郝玉凤等<sup>[5]</sup>用生理盐水5 ml封管47例,成功率为100%,保留时间为3~14 d。曹忆妹等<sup>[6]</sup>用生理盐水20 ml封管,成功率为97%。生理盐水能维持细胞外液容量和渗透压,与体内水盐平衡及血循环密切相关,充于管内可防止血栓形成。梁燕等<sup>[7]</sup>报告可以用生理盐水取代肝素钠封管,其临床封管效果也较好。

**2.6 体会** 静脉留置针作为一种先进技术越来越受到病人和医护人员的欢迎,但目前存在静脉留置针留置时间过短而重新穿刺,造成病人痛苦、不满意的缺陷。为了延长静脉留置针的留置时间,减轻病人的痛苦和经济负担,减少护理工作量,应进行临床实践研究,以其形成科学、规范的临床护理操作技术,使其既可充实、完善静脉留置针的临床护理理论,又能指导临床护理操作,并提高静脉留置针技术,对发挥静脉留置针的特色和优势,推广静脉留置针的临床应用有重要的现实意义。

## 参 考 文 献

- [1] 李卡路. 提高静脉穿刺成功率的方法探讨[J]. 医学文选, 2006, 25(4): 792-793.
- [2] 戚虹. 封闭式留置针在头皮静脉输液中的效果观察[J]. 护理学杂志, 2000, 15(2): 78-79.
- [3] 郭德芬, 赵柱莲, 张泽芳. 3种置入静脉留置针方法的结果分析[J]. 实用护理杂志, 1997, 13(9): 480.
- [4] 王扣英. 静脉穿刺置管输液后封管溶液的探讨[J]. 实用护理杂志, 1989, 5(7): 24-25.
- [5] 郝玉凤, 尚晓霞, 张艾香. 静脉穿刺留置针用生理盐水封管的观察[J]. 实用护理杂志, 1999, 15(6): 34.
- [6] 曹忆妹, 陈妙娟, 王九花, 等. 浅静脉穿刺留置针输液封管技术的探讨[J]. 中华护理杂志, 1998, 33(12): 714-715.
- [7] 梁燕, 王业钊. 生理盐水用于静脉留置封管的临床观察[J]. 山西护理杂志, 1998, 12(2): 80-81.

(收稿日期:2007-08-15 修回日期:2007-10-15)

# 职业倦怠对护士的影响与对策

陈丽棠

(广西钦州市妇幼保健院妇产科, 钦州市 535000)

【关键词】 职业倦怠; 护理人员

【中图分类号】 R 192.6 【文献标识码】 B 【文章编号】 0253-4304(2008)01-0143-02

工作倦怠(job burnout)简称为倦怠,是指在工作中,个体面对长期的情绪和人际关系紧张源产生的一种反应,是工作压力的结果之一。Maslach等<sup>[1]</sup>认为工作倦怠是一种综合征,包括情感疲惫(emotional exhaustion)、情感耗竭、消极怠慢(cynicism)、职业敏感缺乏(lack of professional efficacy)。职业倦怠感是一种与工作情境有关的心理上的综合征<sup>[2]</sup>。随着医学模式转变,病人自我保护意识的不断增强,服务需求越来越

高,给护士带来了新的挑战。护士作为服务于人群的职业群体,工作不但要具有明显的专业技术,而且还要带有较强的服务性;同时护士群体在家庭中的特殊角色,必须经常面对病人、医生、家人及其他人群,这些复杂的人际关系和工作压力源的产生,正在威胁和损害着护士的身心健康,使她们逐渐出现自卑心理,厌恶工作,导致工作效率低下,进而影响护理工作的效率和质量,更容易出现差错。

## 1 职业倦怠形成的因素

1.1 职业特点 纵览国内外,护理人力资源严重短缺,护理工作负荷过重,劳动强度大,护理技术操作复杂、教条、呆板,护士精神负担重;护士频繁面对生与死的极端,以及日常工作涉及复杂的生命伦理问题;在单位处于医生、同事间最低层次,并要处理好复杂的人际关系,使她们身心疲惫,产生职业倦怠。

1.1.1 重医轻护:在人们的观念中,重医轻护的现象普遍存在,护理人员短缺、护士超负荷工作、待遇差、地位低是影响护士身心健康的主要因素<sup>[3]</sup>。

1.1.2 护士职业认同感差:护理工作有职业服务的性质,护理工作较为紧张、繁重,与其他职业的服务人员相比,护理人员需要更多的忍耐和付出。护士不但要付出体力、脑力劳动,而且要付出更多的宽容和爱心,然而护士们的付出得不到等等的报酬,这种反差导致护士的心理不平衡,致使对职业产生厌恶。

1.1.3 护士的缺编:直接导致劳动强度的增加,生活节奏的紧张,精神压抑,加上护士8 h倒班制,生活不规律,生物钟紊乱,导致内分泌失调,严重影响护士的身心健康,产生职业倦怠。

1.2 角色冲突 护理人员在工作中不仅护理技术操作好,同时也要承担着病人的入院须知、卫生宣教、健康教育、康复指导等任务,既是病人的教育者、组织者,又是病区、病人的管理者及各种问题的咨询者;在医院领导面前又是下属角色,在思想和行动上要与上级保持一致,按照要求完成任务,不敢有半点疏忽;在家中又是女儿、贤妻良母角色,要保持中国的传统美德、勤俭持家、操劳家务、尊敬父母、养育子女。多重的角色,过高的要求,常常使护士力不从心,苦不堪言。角色冲突和角色压力,是护士产生职业倦怠的诱因。

1.3 社会地位和经济收入 由于社会上存在重医轻护的观点,社会公众对护士偏见高、信任度低。要改变这种现象,须持续、努力地与病人沟通。枯燥无味、无休止的交流,使护士感到自身价值低,产生自卑感。护士收入与工作繁忙程度不成正比,使护士心理不平衡。

1.4 护士的人格特征 职业倦怠是由于工作直接引发,但也与一些护士不正确的认知和不良性格有关。个别护士性格懦弱、孤僻,思想狭隘,缺乏耐心,客观外界环境因素与主观内在因素处理不好,致使她们面对工作压力时,不能采取适当的应对策略。有些护士把现状归结于不可控制外部因素,采取消极态度,导致对工作失去信心,工作上表现为得过且过,对病人漠不关心。

1.5 工作满意度 工作满意度是一个人对自己的工作或工作经历的评价所产生的正向和愉快的情绪<sup>[4]</sup>。护士服务的对象是有疾病的群体,病人投诉是一种提高服务质量的直接作用力,赋予病人投诉权利的同时,应让护士也有解释的机会。因为护士在遵守规章制度和尽义务的同时,也有工作权利和人格权利。病人对服务满意度的下降,增加了护士的工作难度和心理压力。另外,少数病人对护士缺乏必要的理解和尊重,使护士产生职业倦怠。

## 2 职业倦怠的临床表现

2.1 情绪方面 表现为持续的精神不振,对工作产生厌烦,情绪低落,爱猜疑,易怒,内心空虚,自我评价低,对工作不热情,对他人容忍度低,对前途悲观失望,认为自己工作毫无意义。

2.2 身体方面 表现为疲倦,食欲不振,体重骤变,睡眠不规律,对疾病抵抗力低,内分泌紊乱,易出现神经衰弱、失眠、头痛、眼花、体力透支,处于亚健康状态。

2.3 行为方面 表现为厌恶护理工作,工作投入减少,对病人冷漠,逃避与同事的交往,拒绝与他人合作,对医院环境和医院管理牢骚甚多。只注重个人待遇和福利,不愿意在工作之外与朋友一起进行社会活动。工作效率下降,工作满意度低,与病人或同事的冲突增加。

## 3 对策

3.1 改善社会环境和工作环境 提高护士的社会地位,让全社会都理解、支持和重视护理工作。管理者应多关注护士的工作压力状况,及时给予工作和生活上的帮助,如适当的人员调配,增加弹性时间,采取灵活机动的排班方式,根据各科不同业务季节高峰期,利用盈余人员建立一支可供调配护士组,以余补缺。医院管理者及同事们应认同护士的工作,减轻护士紧张的人际关系和工作环境的压力,从根本上解决引发护士职业倦怠的原因,维护护士的身心健康。

3.2 加强护士队伍的建设 管理者应多组织护士们参加院内外有益的有益社会活动,如内容丰富的文体娱乐活动、公益宣传活动,提高护士的荣誉感。组织礼仪培训,塑造良好“白衣天使”的形象,以增强护士的自信心,增强团体的凝聚力。管理者应想方设法解决护士的求知需要,分派技术骨干到院外进修学习或参加各医疗单位的先进技术短期培训或经验交流,把新技术、新方法及时传达到每个护士,如利用微机处理护理文件等,使护士从繁杂的护理文件堆中解脱出来。从有益的活动,促进相互理解、沟通,使护士们放下思想包袱,克服自卑感,自觉融入再教育学习中,提高自身素质。

3.3 培养健康的人格及工作态度 由于职业倦怠,存在着大量的应激性情境,影响护士的身心健康。因此,培养良好的兴趣,身体锻炼和自我身体放松训练,可使人体放松达到心理上的松弛。放松训练可以降低急性应激所致的焦虑心理反应<sup>[5]</sup>。通过放松和自我调节可以应对应激,提高身体对外界的应激能力。鼓励护士在工作之余,以积极的方式放松身心,增设心理学、伦理学、行为学等再教育培训,组织参加心理讲座;采取个别谈心沟通方法,让护士们在自觉遵守各项规章制度、操作规程的同时,得到相应的素质培训,提高自身素质。弹性管理能抵消了心理的压力,端正工作态度,培养成功体验感和自我成就感,是保证护士心理健康的关键。总之,创造条件在加强护士继续再教育的同时,注重心理健康的培训,培养健全的人格,一来可以减少职业压力带来的负面影响,二来可使护士临危不惧地应对职业压力,提高耐受力和工作效率,更好地发挥护理工作与维护人类健康中的积极作用。

## 参 考 文 献

- [1] Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout[J]. Annual Review of Psychol, 2001, 52: 397-422.
- [2] 蒋小剑, 蒋冬梅. 国内外护士职业倦怠感研究现状[J]. 当代护士, 2006, 12: 20-21, 31.
- [3] 刘桂华. 影响护士身心健康的因素与对策[J]. 山西护理杂志,

2000, 14(2): 62.

- [4] 蒋 奖. 银行职员的工作倦怠与身心健康、工作满意度的探讨[J]. 中国心理卫生杂志, 2004, 18(3): 198-199.
- [5] 石荣光, 李冬梅, 王 琳, 等. 创伤骨折住院患者的心理应激与干预[J]. 护士进修杂志, 2006, 21(8): 729-730.

(收稿日期: 2007-08-07 修回日期: 2007-10-12)

## ● 社区医学

## “一日外科”小横切口治疗小儿腹股沟斜疝 410 例

吕一燕

(广西北流市中西医结合骨科医院外科, 北流市 537400)

【关键词】 腹股沟斜疝; 小横切口; 小儿; 一日外科

【中图分类号】 R 656.21 【文献标识码】 B 【文章编号】 0253-4304(2008)01-0145-02

2002年8月至2005年12月我院对小儿易复性腹股沟斜疝410例, 均采用“一日外科”下腹横纹小切口进行治疗, 行高位疝囊结扎术, 取得满意的效果, 现报告如下。

## 1 资料与方法

1.1 临床资料 本组病例男395例, 女15例。年龄0.5~12岁, 6岁以下者358例(87.3%)。腹股沟区均有可复性包块, 指诊皮下环扩大, 咳嗽时指尖有冲击感等, 均符合腹股沟疝诊断。

1.2 手术方法 麻醉采用氯胺酮(5~8 mg/kg)肌肉注射。取患侧下腹部耻骨结节上横行顺皮纹小切口, 相当于腹股沟外环口所在体表投影上, 切口长约1~2 cm, 钝性分离皮下组织, 切开浅筋膜及腹外斜肌腱膜后, 钝性分离提睾肌, 在精索前内方找到疝囊, 提出疝囊切开并横断疝囊, 牵拉近端疝囊并向内环口剥离, 至腹膜外脂肪处贯穿缝扎疝囊颈, 远端任其开放。精索创面, 疝囊横断处严密止血, 牵拉同侧睾丸使精索复位, 缝合腹外斜肌腱膜, 切口皮肤用可吸收线皮内缝合或用减张胶布拉拢对合。

## 2 结 果

410例患儿均手术顺利, 手术操作时间10~40 min, 平均22 min, 术中出血少, 术后均恢复良好。手术治愈410例, 治愈率100%。并发症4例, 发生率0.98%, 其中术后发热1例, 阴囊血肿2例, 术后复发1例, 再手术治愈。术后不需住院, 麻醉完全清醒后即可回家调养。

## 3 讨 论

腹股沟斜疝是小儿外科的常见疾病。非创伤性的非手术治疗(如局部注射治疗)与手术治疗相比, 注射治疗往往需多次治疗后才能见效, 实际给患儿带来的心理创伤和肉体痛苦可能更大, 更为重要的是, 其疗效不确切(复发率高), 并

发病较多而严重(如输精管损伤)。近年来, 微创技术在外科得到很好的发展和应用, 腹腔镜下小儿腹股沟斜疝高位结扎术, 手术切口及损伤小, 痛苦轻, 手术时间短, 术后恢复快, 甚至有采用一孔法腹腔镜治疗小儿腹股沟斜疝的报告<sup>[1]</sup>, 但腹腔镜操作一般需在腹部打3个孔, 且术者尚需具备熟练技术, 并有较完善的器械作保证, 而且治疗费用的提高, 无疑增加了患者的经济负担。因此, 在多数医院里, 手术治疗小儿腹股沟疝仍是首选方案, 尤其是下腹横纹小切口行腹股沟斜疝高位结扎术, 切口小, 直视下操作对腹股沟管的损伤减小到最低限度<sup>[2]</sup>。我们体会通过术后不用住院, 直接在家休养, 而减少治疗费用, 并避免因住院环境所造成的心理压力及院内交叉感染。近10余年来国内外学者<sup>[4-6]</sup>积极开展研究工作, 并逐渐形成了一日监护外科(day care surgery)模式。

3.1 手术方式 切口选在下腹部与皮肤纹理一致的横切口, 皮肤切开处吸收线皮内缝合或无需缝合, 愈合后几乎不见手术瘢痕, 不仅符合美学观点及微创原则, 而且对患儿的心理无不利影响。治疗小儿腹股沟斜疝通常采用疝囊高位结扎术就可达到目的, 腹股沟管壁修补术很少用于婴幼儿, 因为小儿腹股沟斜疝与成人斜疝发生原因不同, 小儿斜疝发生除发育过程中遗留的疝囊外, 腹股沟区多无肌肉薄弱因素<sup>[3]</sup>, 即使有暂时的腹壁薄弱区, 通过以后的发育多能自行得到加强, 故手术治疗时仅需作高位结扎即可, 无须修补。因此, 绝大多数小儿腹股沟疝手术时, 不必像成人那样充分暴露腹股沟韧带、弓状缘和联合腱等腹股沟管的周围组织结构, 由于手术步骤较经典的经腹股沟管途径简化, 手术时间明显缩短, 一般可控制在25 min以内, 配合熟练者仅需15 min。

3.2 手术并发症 手术并发症的发生和手术者的经验有一定关系, 由于是在腹股沟管外离断疝囊, 近端疝囊约有2 cm以上, 这就使菲薄的疝囊壁剥离时被撕裂或部分滑脱的可能性大大减小, 有利于疝囊的完全结扎, 而这又是防止术后复发的一个关键因素。内环口缺损较大的斜疝, 也应该解剖腹股沟管, 有利于术中缩小内环口以减少复发。本组1例术后复