

电话干预对结肠造口患者自我护理的影响

张俊娥 黄金月 尤黎明 郑美春 李琼 张冰燕 黄漫蓉 叶新梅 梁明娟 刘金玲

【摘要】 目的 探讨电话干预对结肠造口患者造口自我护理能力的影响。方法 将7家3级甲等医院的119例即将出院的造口患者按照随机数字表法分为干预组($n=59$)和对照组($n=60$)。干预组接受出院后常规健康教育的同时,还接受由造口护士主导的个体化的教育和支持性的电话干预,对照组只接受出院后常规健康教育。分别对两组在出院前,以及出院后1个月、3个月以1个条目的自评造口自理状态和造口自我护理量表-早期版(SSCS-early stage version)进行测试。结果 出院后1个月两组自评造口自理状态的差异无统计学意义($\chi^2=2.568, P>0.05$),出院后3个月干预组自理状态明显好于对照组,差异有统计学意义($\chi^2=6.300, P<0.05$);出院后1个月($t=2.431, P<0.05$)和3个月($t=2.666, P<0.01$)干预组患者造口自我护理总分明高于对照组。结论 造口护士早期进行电话干预是提高结肠造口患者造口自我护理能力的有效措施,但是在电话干预的实施过程中应考虑到中国的文化特点。

【关键词】 结肠造口术; 电话; 早期干预(教育); 自我护理

Effect of telephone intervention on stoma self-care of colostomy patients/ZHANG Jun-e, Frances Kam Yuet WONG, YOU Li-ming, ZHENG Mei-chun, LI Qiong, ZHANG Bing-yan, HUANG Man-rong, YE Xin-mei, LIANG Ming-juan, LIU Jin-ling//Chinese Journal of Nursing, -2010, 45(12):1073.

【Abstract】 Objective To evaluate the effect of telephone intervention on stoma self-care of colostomy patients. **Methods** A total of 119 colostomy patients from 7 Third-Grade Class A Hospitals were randomly assigned to either telephone intervention by enterostomal therapist (ET) or routine health education condition after discharge. The patients were investigated by a questionnaire about stoma self-care status and Stoma Self-care Scale-early stage version (SSCS-early stage version) before discharge, 1 month and 3 months after discharge. **Results** The self-reported stoma self-care status at 3 months after discharge in the experimental group was significantly better than that of control group ($\chi^2=6.300, P<0.05$), but no significant difference was found between the two groups at 1 month after discharge ($\chi^2=2.568, P>0.05$). The stoma self-care scores at 1 month ($t=2.431, P<0.05$) and 3 months ($t=2.666, P<0.01$) after discharge in the experimental group were significantly higher than those in the control group. **Conclusions** Telephone intervention by ET after discharge can effectively improve stoma self-care ability in colostomy patients, but actual application of telephone intervention should consider the culture characteristics of Chinese patients.

【Key words】 Colostomy; Telephone; Early Intervention (Education); Self Care

【Author's address】 School of Nursing, Sun Yat-sen University, Guangzhou, 510089, China

在我国预计每年有10万余人会因低位直肠癌行肠造口手术,累计造口患者约100万例^[1]。患者不仅要面对癌症,还要面对如何处理造口这个严重问题。由于造口患者的住院时间越来越短,患者对造口的自我护理还不太熟练的时候就出院了,而且由于大部分的患者在刚刚手术后不能接受造口存在的事实,所以他们一般都是在出院后才学习造口的自护技能并且开始护理造口^[2]。造口治疗师(enterostomal therapist, ET)

或造口护士是提供出院患者随访、教育和支持的理想人选^[3]。电话随访是确保延续护理的一个简便、经济而有效的途径。因此,本研究旨在探讨造口护士早期电话干预对患者的造口自我护理能力的影响,从而探索一条出院后延续护理的有效途径,使患者出院后养成良好的自我护理习惯和掌握自护技能,提高生活质量。

1 对象与方法

1.1 对象

1.1.1 对象的选取 2008年12月至2009年10月,在广州市的7家三级甲等医院同时开展随机对照研究。收集新造口患者出院前基线资料,收集情况如下:研究者共接触符合纳入标准的病例123例,有2例患者因为当时情绪不佳拒绝参加研究,共获得病例121例。入选标准:讲普通话或粤语;意识清楚,能正常沟通并知情同意;出院后能通过电话联系。排除标准:有任何其他类型癌症者;酗酒、药物成瘾者,或有精神疾病者;有严重的身体残疾或因疾病(如卒中等)原因生活无法自理者;出院后到老人院的。

DOI: 10.3761/j.issn.0254-1769.2010.12.004

本课题受广东省科技计划项目基金资助(编号:2008B030301097); CHINA MEDICAL BOARD 基金资助项目(编号:04-808)

作者单位:510089 广州市 中山大学护理学院(张俊娥,尤黎明);香港理工大学(黄金月);中山大学附属肿瘤医院(郑美春);广东省人民医院(李琼);中山大学附属第三医院(张冰燕);中山大学附属第一医院(黄漫蓉);中山大学附属第六医院(叶新梅);中山大学附属第二医院(梁明娟);广州医学院附属第二医院(刘金玲)

通讯作者:黄金月, E-mail: hsfwong@inet.polyu.edu.hk

张俊娥:女,硕士,讲师, E-mail: zhangje@mail.sysu.edu.cn

2010-05-21收稿

1.1.2 分组 将符合入选标准的住院造口患者根据出院时间的先后顺序排序,根据电脑产生的随机数字表(Research Randomizer,2008)^[4]生成的30组随机数字作为分组依据,每组产生不同顺序的两个数字(1-对照组,2-干预组),根据这两个数字顺序的不同,将患者分配至干预组(61例)和对照组(60例)。进入干预组的1例因住院时间超过4个月,1例因不肯留联系电话而无法干预,因此实际完成干预的患者为59例。最终入选患者为临床医生诊断为直肠癌并行Miles手术或Hartmann手术、术后带有永久性结肠造口的、即将出院的共119例患者。两组性别、年龄、术后住院时间等一般情况比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),见表1。

1.1.3 资料收集情况 在出院后1个月和3个月的后续资料收集过程中,两组均死亡2例;干预组有1例鼻咽癌,对照组有1例卒中、1例身体极度虚弱无法填表;其余还有患者因各种原因无法及时填表。最后收到3次资料均完整的干预组为52例,对照组为51例。

1.1.4 未失访者和失访者的均衡性检验 采用两独立样本 t 检验和 χ^2 检验对两组未失访者和失访者的一般资料进行均衡性检验,结果显示,两组在手术类型、手术后住院时间、年龄、性别、居住地、文化程度、婚姻状况等方面的差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.1.5 本研究的伦理考虑 为了使整个研究更符合伦理,使对照组也能够受益,在研究结束后,即3个月资料收集完之后,请造口护士给每例对照组的患者打1次电话,解决造口护理和日常生活的实际问题,并鼓励他们自我护理造口和正确面对有造口的生活。

1.2 方法

本研究采用随机对照实验性重复测量研究——自身前后对照、组间对照。

1.2.1 资料收集方法 两组患者基线资料由研究者本人在患者出院前的1-2d去病房收集,出院后1个月和3个月资料由不知道分组情况的1名研究助手(护理学院在读研究生)进行收集,研究助手会在临近出院后1个月和3个月的时间打电

话给患者预约收集资料的时间和地点,一般为患者手术医院的病房或门诊。若是外地患者或出院后不回本院复查的,则给患者带两个贴好邮票、写明回邮地址的信封,请其在出院后1个月和3个月时填好邮回。

1.2.2 干预组电话干预的方法 干预组接受出院后常规健康教育的同时,接受由造口护士主导的个体化的教育和支持性的电话干预项目。造口护士根据社会学习理论(Social Learning theory,SLT)^[5]作为理论基础来指导具体的干预措施。电话干预的模式分3个部分。①根据患者的反馈评估其造口自护能力、情绪和信心,以及其他造口问题等,以评估患者的情况。②根据SLT 4个主要的信息来源提供具体的干预措施(根据对患者情况的评估给予个体化的指导和支持)。干预信息的4个来源分别为:鼓励完成造口自护的任务(提供实用的造口护理知识并鼓励其完成)、借鉴他人的成功经验(鼓励其参加造口联谊会并加强同其他造口患者的联系)、言语的劝说(通过不断地表扬和鼓励患者,使其相信通过自身的努力是完全可以自己护理造口并把握生活、回归社会的)和情感的疏导(以同情、理解和关心的态度倾听并劝说患者减少对造口的负性情绪)。③给予合理的转诊建议,如继续观察,建议去造口门诊、一般门诊、腹部外科专科门诊等。

电话干预由具有5年以上造口护理经验的持证的造口护士实施。造口护士在干预组出院后3-7d和14-20d分别打1次电话,每次打电话的时间为10-20min,干预时间的选择是根据以往文献研究结果显示的患者出院的前2周是再入院高风险时期^[6]。造口护士可根据第2次电话的情况,如果患者造口自我护理总分仍低于5分(用造口自我护理量表-早期版进行评估,共10个条目,每条1分,造口护士在电话中做出自我护理能力 ≥ 5 或 < 5 的判断,并记录在电话干预记录单上,以便决定是否进行第3次电话干预),可在出院后23-27d再打1次电话进行干预,以增强干预效果。

为了使电话干预项目能做到标准化和模式化,研究者自行设计并征求多方意见制订了造口术后电话干预指南、收集资料和电话干预流程图、电话干预记录单,以及与电话干预

表1 两组出院前一般情况的比较(例)

组别	n	性别		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	术后住院时间 (d, $\bar{x} \pm s$)	手术类型			
		男	女			根治手术(Miles)	姑息手术(Hartmann)		
干预组	59	34	25	53.08±13.24	16.85±10.25	57	2		
对照组	60	41	19	56.13±14.69	16.27±11.49	54	6		
$\chi^2(t)$ 值		1.463		-1.189 ¹⁾	0.291 ¹⁾	2.073			
P值		0.226		0.237	0.772	0.149			

组别	n	婚姻状况		教育程度			居住地		有无造口并发症 ³⁾	
		在婚	非在婚 ²⁾	小学及以下	初中	高中及以上	农村	城镇	无	有
干预组	59	51	8	14	18	27	22	37	45	14
对照组	60	55	5	13	20	27	21	39	41	19
χ^2 值		0.835		0.210			0.068		0.935	
P值		0.361		0.976			0.795		0.333	

1)两独立样本 t 检验;2)包括未婚、离异或丧偶;3)出院时由造口治疗师确认

配套的书面出院指导 (该出院指导主要内容分为两大部分:一方面鼓励患者自我护理造口,与其他造口患者保持联系,学会放松、增强自信心,不要限制自己,要像正常人一样生活,定期回院复查;另一方面给予患者提供实际的造口自我护理指导)等,使7家医院的7名造口护士在电话干预中能遵循统一的标准和模式,从而确保电话干预的效果。

1.2.3 对照组的传统干预方法 对照组只接受出院后常规健康教育,包括各医院组织的定期或不定期的健康教育讲座,造口联谊会的活动等。

1.2.4 评价指标 由研究者自行设计,包括2个部分,分别是一般资料和造口自我护理情况。①一般资料:包括患者性别、年龄、居住地、受教育程度、婚姻状况、手术类型、手术时间、出院时间、有无造口并发症等。②造口自我护理情况:分别用1个条目的患者自评造口自理状态(包括4个选项:完全自理、大部分时间自理、基本依靠他人和完全需要他人照顾)和造口自我护理量表-早期版进行评测。

造口自我护理量表-早期版(SSCS-early stage version):根据Piwonka^[7]的造口自护量表和Johnson^[8]的造口护理可测量的技能所包含的内容,并结合手术后早期中国永久性结肠造口患者的特点和简便的要求修改而成。早期版的着重点在于测试患者独立更换造口袋的技能。由10个条目组成,用于测量术后早期(3个月前)患者自我护理造口的能力,包括选择合适的造口袋、准备好更换造口袋所需的物品、从皮肤移除旧的造口袋、清洗并使皮肤干燥、评估造口和造口周围皮肤情况、测量造口大小并剪裁准备好新造口袋、牢固固定好新造口袋、使用必要的辅助产品、丢弃用过的造口袋,以及知道并能及时清空和更换造口袋,共10条。应用在电话评估时则为“能”或“不能”分别赋值1或0分,总分范围为0-10分。应用在患者自行填表进行评估时,则采用Likert 5级评分法,从1-5分分别代表非常不熟练、不熟练、一般、熟练和非常熟练,量表的总分范围为10-50分。两种评分方法均为分数越高,患者自我护理造口的能力越高。该量表分别请2名护理学教授、2名造口治疗师和1名结直肠科教授进行修改和评价,均认为和已有的自护量表相比,该量表能简单、明了、准确地评定早期造口患者的自护能力,具有实用价值,量表的内容效度CVI为0.94。正式研究开始之前,请3例造口患者试填,均表示各个条目清楚了,完全能理解,因此最终定稿。本研究SSCS早期版的内部一致性系数Cronbach's α 为0.9548,分半信度系数为0.9424。

1.2.5 统计学方法 采用SPSS 17.0软件,数据用频数、百分比、均数及标准差表示,计量资料用重复测量的方差分析、两独立样本t检验或两配对样本t检验,计数资料用 χ^2 检验,检验水准为 $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 造口自我护理总分

分别采用两独立样本t检验和两配对样本t检验,结果显示,出院前两组自我护理总分的差异无统计学意义($P>0.05$);出院后1个月和3个月干预组明显高于对照组,差异有统计学

意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$);两组自我护理总分都随着时间的推移而有明显提高,差异有统计学意义($P<0.01$),见表2。

为了更好地说明干预对自我护理总分的影响,采用一般线性模型(GLM)的重复测量的方差分析法对自我护理总分在不同时点的差异进行分析。借助SPSS软件对两组各时点的自我护理总分进行了Mauchly球形检验, Mauchly's $W=0.760$, $P<0.05$,说明3次重复测量的数据间存在高度的相关性,因此本研究采用Greenhouse Geisser的校正结果(G-G校正),结果见表3。

表3显示,时间效应和干预效应均有统计学意义($P<0.01$ 或 $P<0.05$),说明自我护理总分有随时间变化和随干预不同而变化的趋势,但时间和分组的交互作用(时间 \times 干预)没有统计学意义($P>0.05$),说明时间和干预的效果没有交互作用,即时间因素的作用不随着分组的不同而不同。

2.2 自评造口自理状态(表4)

出院前两组自评造口自理状态差异无统计学意义($\chi^2=0.478, P>0.05$),出院后1个月两组差异亦无统计学意义($\chi^2=2.568, P>0.05$);但出院后3个月干预组明显好于对照组,差异有统计学意义($\chi^2=6.300, P<0.05$)。两组出院后1个月和3个月的自评造口自理状态均好于出院前,差异有统计学意义($\chi^2=10.788-40.928, P<0.01$)。干预组出院后3个月自评造口自理状态好于出院后1个月,差异有统计学意义($\chi^2=9.247, P<0.01$),对照组出院后1个月和3个月之间的差异则无统计学意义($\chi^2=4.005, P>0.05$)。

表2 两组出院前及出院后1个月、3个月造口自我护理总分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	出院前	出院后	
			1个月	3个月
干预组	52	25.67 \pm 8.00	35.37 \pm 4.45 ¹⁾	39.56 \pm 6.50 ²⁾³⁾
对照组	51	24.61 \pm 8.88	32.51 \pm 7.13 ⁴⁾	35.92 \pm 7.33 ⁵⁾⁶⁾
t值		0.640	2.431	2.666
P值		0.524	0.017	0.009

注:干预组和对照组自身前后比较采用两配对样本t检验,结果如下:1)与出院前比较, $t=-9.93, P<0.01$; 2)与出院前比较, $t=-9.43, P<0.01$; 3)与出院后1个月比较, $t=-4.03, P<0.01$; 4)与出院前比较, $t=-6.56, P<0.01$; 5)与出院前比较, $t=-8.83, P<0.01$; 6)与出院后1个月比较, $t=-4.86, P<0.01$

表3 造口患者自我护理总分3次测量得分的方差分析表($n=103$)

方差来源	类偏差平方和 (Type SS)	均方 (MS)	F值	P值
干预主效应	490.125	490.125	5.681	0.019
时间主效应	8602.587	5332.318	126.237	0.000
时间 \times 干预	89.465	55.455	1.313	0.269
干预间误差	8714.147	86.279		
重复测量误差	6882.768	42.241		

表4 两组出院前、出院后1个月、3个月自评造口自理状态的比较

组别	时间	造口自理状态(例)			
		完全自理	大部分时间自理	基本依靠他人	完全需要他人照顾
干预组 (n=52)	出院前	10	21	8	13
	出院后 1 个月	27	19	6	0
	出院后 3 个月	41	10	1	0
对照组 (n=51)	出院前	11	18	7	15
	出院后 1 个月	23	16	8	4
	出院后 3 个月	33	10	5	3

3 讨论

3.1 造口自我护理与电话干预

自我护理被定义为个体有意识地采取行动来调节和保持健康、功能和完好状态。这种行为并非与生俱来,而是要通过积极地参与到对自我的照顾中学到的行为^[9]。造口自我护理是预测造口患者积极适应的最重要的影响因素。即使控制了手术后时间长短这个干扰因素,造口自护量表的高分(更多的知识和造口管理的能力)和更好的造口适应力密切相关^[7]。熟练的自我护理对于造口手术后的良好适应至关重要,因此,提高造口患者自理水平是电话干预的重点。

近年来,随着我国造口专科护理工作的开展,临床造口护士对新造口患者开展了术后造口自我护理的全面指导,因此,大部分患者在出院前都基本学习了如何进行自我护理肠造口。但是,由于住院时有造口治疗师帮助,患者对造口的不接受、身体虚弱和遗忘等原因,住院时的自我护理指导效果会大打折扣。只有出院后患者真正开始面对有造口的生活并且准备独自护理造口的时候,电话干预这种延续护理服务的价值才能真正体现出来,造口护士作为专业人员的价值也才能真正为患者所认识。

3.2 电话干预能提高造口患者的造口自理水平

自评造口自理状态和造口自我护理总分是有区别的。造口自理状态是描述患者对自己能够独立护理造口的判断,而自我护理总分则是对实际的造口护理能力的一个更为细致的评价。例如,即使患者在造口自理状态都选了完全自理,但是他们的自我护理总分却有可能存在较大差异,两方面的评价可使我们对患者的造口自理程度有更细致的理解。

本研究结果显示,两组自我护理总分都随着时间的推移而有明显提高。两组出院后1个月和3个月的自评造口自理状态均好于出院前,干预组出院后3个月的自评造口自理状态好于出院后1个月,对照组出院后1个月和3个月之间则无明显差异。该研究结果表明,随着出院后时间的推移,无论是干预组还是对照组新造口患者造口自我护理总分均有明显提高。这个研究结果和国内学者^[2,10]的研究结果一致,他们认为大多数患者的自我护理技巧需要在院外学习,而且自理能力与造口时间呈正相关,即造口时间越长,患者的自理程度越高。干预组患者的造口自理状态随着出院后时间的推移而有不断的提高,而对照组患者的造口自理状态到了1个月左右

就达到了一个比较稳定的状态,不再发生明显的变化,即能自理和不能自理患者的比例趋于稳定,不能完全自理的患者仍然保持在这个状态,而干预组的患者不能完全自理的患者有相当一部分在1个月后逐渐自理造口,这是个可喜的变化,也说明了电话干预效果的持续性。但是该效果能持续多久,仍需在今后的研究加以证实,可以继续随访至出院后6个月甚至1年的时间,以更清楚地说明电话干预的持续效果。

本研究结果显示,出院前两组患者自评造口自理状态和自我护理总分均无明显差别;接受电话干预后,出院后1个月和3个月干预组自我护理总分比对照组高;出院后3个月干预组自评造口自理状态明显好于对照组,而出院后1个月两组无明显差异。该研究结果表明,造口护士的电话干预对提高早期造口患者的造口自理水平有很大帮助。由于以研究为基础的有关护士成功地帮助造口患者提高自我护理能力的文章很少^[11],但是该研究结果印证了国内外学者的观点^[2,10,12-13],他们认为,护士应在患者住院期间教给他们实用的造口自我护理的技能并且给他们信心,更应重视出院后延续的造口护理教育,这对于帮助患者提高自我护理能力,更好地适应有造口的生活和尽快康复非常重要。本研究的电话干预对出院后1个月患者的自评造口自理状态的效果不明显,但是到了出院后3个月干预效果才得以显现,同时两组出院后1个月和3个月造口护理总分有明显差别,说明电话干预虽然不能在短时间(如1个月)内提高自我护理造口患者的比例,但是即使是那些不能完全自理造口的患者,也提高了他们的造口护理能力,这些对于提高造口患者的生活质量和术后的适应都有明显的帮助。而到出院3个月干预效果才得以显现,即无论是自理造口的例数还是护理造口的能力,干预组都明显好于对照组,这时电话干预的效果才得以凸显。该研究结果使我们更充分地认识到学习造口护理是一个以持续评估、设定目标和解决问题为基础的复杂过程^[3],必须假以时日才能得到明显的提高。

3.3 在中国文化背景下进行电话干预应考虑的问题

虽然干预组的患者都在造口护士的支持和鼓励下尝试造口自我护理,仍有小部分患者到出院后3个月时仍未能独立护理造口。部分患者可能是因为造口位置不好,独立更换有困难,但是仍有一部分患者认为有家属的全程帮助,不需要自己动手。这提醒造口护士在指导患者护理造口的时候,要重点强调自我护理的观念,提醒患者不应过度地依赖家属,因为这不利于日后的康复和生活质量的提高。对照组一方面没有人督促和鼓励他们一定要尽早地开展造口自护,另一方面由于缺乏足够的信心和知识技能,因此阻碍了他们的康复进程。

有一个很有意思的现象是,在电话中,所有造口患者都不承认不能独立护理造口的原因是因为自己不愿护理造口。这可能和中国的文化特色有关系,中国人比较“要面子”。由于很多患者手术后不能接受造口,所以他们不愿意承担护理造口的任务,但是他们并不承认自己不愿意进行造口自我护理的事实,他们更喜欢这样的理由:他们不需要做,因为有人帮着做。了解了造口患者这个特点之后,有助于造口护士

在劝说患者进行自护的时候尽量给患者留“面子”，鼓励患者，相信患者有能力做到造口自护，而不去纠缠愿不愿意的问题。

4 结论

综上所述，造口护士早期电话干预被证明是提高结肠造口患者造口自我护理的有效、经济而简便的措施，尤其在我国这种造口护士相对较少的国家尤其适用。但是在电话干预的实施过程中应考虑到中国文化的特点，找到有效的沟通策略，在解决患者问题的同时又不使患者难堪，从而提高电话干预的效果。

志谢 本研究得到中山大学附属第三医院胡爱玲、中山大学附属第一医院郭少云、中山大学附属第六医院陈晓琼和广州医学院附属第二医院曾少娜等老师的帮助，特此致谢！

参 考 文 献

[1] 喻德洪.我国肠造口治疗的现状与展望[J].中华护理杂志,2005,40(6):415-417.

[2] 路潜,郭蕾蕾,王静.直肠癌结肠造口病人生活质量的研究[J].中华护理杂志,2002,37(9):648-651.

[3] Readding LA. Hospital to home:smoothing the journey for the new ostomies[J].Br J Nurs,2005,14(6):16-20.

[4] [MS1]Research Randomizer (2008) <http://www.randomizer.org/form.htm>.

[5] Bandura A. Self-efficacy:toward a unifying theory of behavioral change[J].Psychol Rev,1977,84(2):191-215.

[6] Wong FKY,Ho M,Chiu I,et al. Factors contributing to Hospital readmission in HongKong regional hospital:a case-control study[J]. Nurs Res, 2002,51(1):40-49.

[7] Pivonka MA,Merino JM. A multidimensional modeling of predictors influencing the adjustment to a colostomy[J]. J Wound Ostomy Cont, 1999,26:298-305.

[8] Johnson A,Porrett T. Developing an evidence base for the management of stoma granulomas[J]. Gastroenterol Nurs,2005,3(8):26-28.

[9] Orem D,Taylor S,McLaughlin K. Nursing concepts of practice[M]. 5th ed. St. Louis,MO:Mosby-Year Book,2001.

[10] 张海林,郭蕾蕾,周玉洁.结肠造口患者自我护理状况调查[J].中国临床康复,2004,20(8):4089.

[11] Allison M. Discharge planning for the person with a stoma//Myers C. Stoma care nursing-a patient-centered approach[M]. Arnold,London, 1996.

[12] Rust J. Care of patients with stomas:the pouch change procedure[J]. Nurs Stand,2007,22(6):43-47.

[13] Metcalfe C.Stoma care:empowering patients through teaching practical skills[J].Br J Nurs,1999,8(9):593-600.

(本文编辑 马云会)



·人文织锦·

天使的每一天

钱爱萍

上午，班上，6床、31床、15床、9床、39床的呼叫铃声同时响起。“我去31床、39床”，“我去6床、9床……”手上拿着两袋液体一边小跑，一边提醒自己：“对床号、姓名，别忘看床头卡，”一边盘算：“39床大伯心急，我先接39床。”敲门推入。“护士小姐，我的液体还有，我先通知你一下。”果然，输液袋内还有50ml左右。我晕，可知道38、39床是我们病房的“东伯利亚”——远呀！可还是笑眯眯地对他说：“好的，完了再按铃。”迅速转身奔向31床，当我满头大汗冲到31床时，莫非氏滴管内的液面刚开始下降，暗暗庆幸还好不用排气。关调节阀，看床头卡，对床号、姓名，准确无误，换液、调滴速，一连串动作一气呵成。知道吗，这只是我们工作中的一个片段，每天如此，平平淡淡，毫不起眼，就象我妈说的一样：“护士轻轻巧巧地走到这边又走到那边，多好！”然而没有人算过我们一天得走多少路，一年走了多少路。我们只觉得下了班两腿酸酸，

耳边还响着呼叫铃声。有同事发短信给我：“我的腿好酸、好痛。”“我也一样，洗个澡就好了”，我们相互鼓励着。

“48床已有两天没有发热了”“17床意识情况明显好转，已能够简单对答了”“24床这几天血糖控制得很好……”这些都是我们津津乐道的。有人说，人是理性的动物。然而我们却有太多的感性成分，为患者的乐而乐。“护士长，你们真辛苦，来，我为你敲敲背。”有患者家属这样跟我开玩笑，尽管夸张，但我很满足。因为这是理解，理解真的比什么都重要，因为无论是强悍的外表还是懦弱的外表下都有一颗善良的、脆弱的心。

哭过，笑过，痛过，爱过，也自豪过，要说哪个分量占了大多数，我无法回答。因为当你选择了它，它给你的就是这样混合物。22年的岁月，依旧不变的是那颗率真的心。在长长的走廊上奔波时，依然会在乎背后那一抹赞许的目光，哪怕只是一点点。

护士工作的每一天都是这样忙碌与琐碎，但我们用自己的方式擎着一片蓝天，耕着一方绿土。要的不多，付出的是实实在在的。

(本文编辑 马云会)

DOI: 10.3761/j.issn.0254-1769.2010.12.005
 作者单位:311201 杭州市萧山区中医院护理部
 钱爱萍:女,本科,主管护师,E-mail:13336019935@163.com
 2010-10-05收稿