

腹膜透析患者社会回归分级探讨*

陶巍巍^{1,2} 汪涛¹ 王兰¹ 王宜芝²

摘要 目的:探讨腹膜透析患者社会回归的分级。**方法:**应用社会功能缺陷筛选表和现有的社会回归分级方法对 270 例接受腹膜透析治疗超过 3 个月的终末期肾病患者进行评定。**结果:**按原有的社会回归分级方式,虽然社会功能缺陷值在 4 级患者间总的差异具有显著性,但经两两比较统计学分析后发现,该分值在 1 与 2 级间差异并无显著性意义,其区分度尚不能令人满意;但对分级标准进行进一步改进后,社会功能缺陷值在任两个级别患者中均存在显著性差异,分级方法更有效。**结论:**腹膜透析的临床康复干预中现有的社会回归分级方法有待于改善,新的分级方法有很好的区分度,有推广的价值。

关键词 腹膜透析; 社会回归; 分级

中图分类号:R493,R459.5 **文献标识码:**B **文章编号:**1001-1242(2006)-09-0823-02

我国现有各类残疾人 6000 多万。使残疾人回归社会、重新参与社会生活,是全面康复的核心问题^[1]。在这些人中,很多是由于患慢性病而致残的,因此,慢性疾病患者的社会回归已越来越受到人们的重视。尿毒症作为常见的慢性疾病严重地影响着患者的生存质量,并给家庭和社会带来沉重的经济负担,提高尿毒症患者的生存质量,促进其最大程度地回归社会有着极其重要的现实意义。本研究旨在探讨腹膜透析患者的社会回归分级方法,为康复干预提供客观的评估方法。

1 资料与方法

1.1 研究对象

调查对象为 2005 年 4 月—8 月在北京大学第一医院腹膜透析中心门诊就诊的维持性腹膜透析患者。入组标准:①腹膜透析治疗超过 3 个月的终末期肾病患者;②性别年龄不限,自愿接受有关问卷调查者。

1.2 研究方法

记录患者的年龄、性别、教育程度、工作、活动状况等资料,根据患者每日活动记录及家属和责任护士对患者的评估,评价患者的社会回归状况,将其分为 4 个级别。

原有分级方法:1 级:生活完全不能自理,生活自理包括进食、洗漱、大小便等维持基本生活的活动;2 级:生活仅能自理,不能进行除上述自理范围以外的任何其他活动;3 级:生活自理,并能进行至少一项自理范围外的社会参与活动,如做家务、接送子女、做中心的志愿者等,但不包括工作;4 级:工作,包括全职或半职工作^[2]。

新的分级方法:1 级:生活不能完全自理,且不关心周围的人和事(包括晚辈、家人、新闻等);2 级:生活不能完全自理,但关心周围人和事,或生活仅能自理,但无其他任何社会参与(包括做家务、帮家人做事或出主意、炒股票、参加社区或其他集体活动等);3 级:生活自理,并能进行至少一项自理外的社会参与活动,虽处于工作年龄却未工作;4 级:全职或半职工作或退休后能生活自理,并能进行至少一项自理外的社会参与活动。

分级的评定采用社会功能缺陷筛选表(social dysfunction screening scale,SDSS)^[3]。该量表由 WHO 拟定,曾在 1987 年

我国残疾人全国抽样调查中使用,被证明是可行和有效的。

1.3 统计学分析

应用 SPSS13.0 统计软件进行数据处理,各级别间均数的比较采用两两比较的方差分析。

2 结果

2.1 一般资料

本文实际入选腹膜透析患者共 270 例,其中男 107 例(39.6%),女 163 例(60.4%),年龄 26—81 岁,平均 61.15±14.34 岁。文化程度:小学以下 42 例(15.6%),初中 84 例(31.2%),高中 48 例(17.8%),大专 66 例(24.4%),大学及以上 35 例(13.0%)。

2.2 按两种分级方法的评定结果

社会回归各级别患者的分布情况:见表 1。不同社会回归级别患者的社会功能缺陷值:见表 2。不同分级方法在社会回归方面的区分状况:按原有的社会回归分级方式,1 与 3 级,1 与 4 级,2 与 3 级,2 与 4 级,3 与 4 级患者间社会功能缺陷值存在显著差异,但在 1 与 2 级间患者并无显著差异,其区分度尚不能令人满意;但对分级标准进行进一步改进后,社会功能缺陷值在任两个级别患者中均存在显著性差异,见表 3。

表 1 按不同分级方法各级别患者的分布 (%)

	社会回归			
	1 级	2 级	3 级	4 级
按原分级方法	7.2	18.1	60.0	13.7
按新分级方法	3.7	22.6	30.0	43.7

3 讨论

透析治疗的最终目的不仅是为了延长患者的生存时间,还是为了使患者能拥有良好的生存质量,更多地参与社会,

* 基金项目:中华人民共和国教育部长江学者奖励计划和教育振兴行动计划专项基金(985 工程-36-1)

1 北京大学第一医院肾内科腹膜透析中心,北京,100034

2 北京大学护理学院

作者简介:陶巍巍,女,硕士

收稿日期:2005-11-21

表2 按不同分级方法各级别患者的社会功能缺陷值 ($\bar{x} \pm s$)

	社会回归			
	1级	2级	3级	4级
按原分级方法	9.23±0.83	8.04±0.43	2.66±0.17	1.08±0.29
按新分级方法	12.00±0.45	7.98±0.39	3.86±0.19	1.25±0.22

表3 社会功能缺陷值在社会回归各级别间两两比较的方差分析

	1与2级	1与3级	1与4级	2与3级	2与4级	3与4级
按原分级方法	1.186	6.567 ^①	8.146 ^①	5.380 ^①	6.960 ^①	1.579 ^①
按新分级方法	4.016 ^①	8.136 ^①	10.746 ^①	4.119 ^①	6.729 ^①	2.610 ^①

①社会功能缺陷值在该两种分级间差异存在显著性意义 $P < 0.05$

更好地体现自己的价值,最终达到社会回归^④。因此,在临床实践中,及时、有效判断患者的社会回归程度有重要意义。

19世纪70年代,国际上判断透析患者社会回归情况普遍采用的方法是就业率,但随着社会的发展,越来越多的退休老人及有严重并发症的患者接受透析,显然,早先将这些患者的康复目标定为恢复有偿工作对那些年纪大、残疾的终末期肾病(end stage renal disease)患者是不适用的。1985年Kutner等将康复定义为“将慢性病患者尽可能恢复到残疾开始前的活动水平”。而1993年,Harada等又将其定义为“让处于正常环境下的患者或残疾人保持最佳的功能状态”。以上定义均得到美国国家科学院医学分院专家组的认可^⑤。国际功能、残疾和健康分类,是WHO于2001年5月第54届世界卫生大会正式颁布国际通用的在个体和人群水平上描述和测量健康的理论体系,其中用“参与局限性”取代了原来的“残障”,并将“参与”定义为投入到一种生活情景中;将“参与局限性”定义为个体投入到社会情景中可能经历到的问题^⑥。

根据以上康复的新进展,有人考虑采用一些国际上公认的量表来全面地评定透析患者的社会回归状况,如WHO制订的SDSS、生存质量量表(SF-100或SF-36)等^⑦,但由于量表条目一般相对较多,因此,用量表来评定要花费相对较多时间,而医务人员平日工作繁忙,很难做到,所以如何能制订出一种简便易行且有效的评定方法,就显得尤为重要。

北大医院腹膜透析中心的医务人员经过几年的临床实践,总结出一种4级分法,即根据患者每日活动记录,家属和责任护士对患者的评估,评价患者的社会回归状况,将其分为4个级别^⑧。该方法能较快速地大致判断出患者不同的社会回归程度,有重要的临床价值,但随着临床实践的进展,我们发现有一些欠缺之处,如有些患者虽生活不能自理,但对

生活仍有很大热情,关心家人,关心时事新闻,与家人和睦相处,将自己多年积累的经验提供给后辈等,这些患者对社会有一定贡献,不同于那些整日卧床者,因此不能笼统被划为1级;另外,3级的患者中很多是退休人员,这些人若能在照顾自己之外,还能为别人做事,如做家务、照顾晚辈或做志愿者等,他们其实已经达到了社会回归的最高级,应归为4级;另外,对于那些只能部分自理的患者则分级规定不够明确。所以在本研究中,将分级方法做了一些改进。

由表2—3可以看出,按原有的分级方法,大部分患者都集中在社会回归3级水平,而社会功能评分在社会回归1与2级的患者间则无显著性差异,而改进后的分级方法则很好弥补了原分级方法的不足,部分原属于1级的患者转到2级,而原属于3级的患者也有部分转为4级,分级更加客观,符合临床实际情况,而社会功能评分经统计学分析后在社会回归各级别间也都有显著性差异,显示该分级方法有很好的区分度。当然,具体的临床价值还有待于在以后的实践中进一步检验,本研究只是做了初步探讨,以期对广大的腹膜透析工作人员及康复工作者有所启示。

致谢:感谢北京大学第一医院腹透中心全体护士的配合和参与,感谢参与本研究的所有患者。

参考文献

- [1] 马洪路,林霞.ICF社会参与评定与社会康复[J].中国康复理论与实践,2005,11(4):315—316.
- [2] 师素芳,汪涛.影响腹膜透析患者社会回归因素的分析[J].中国康复医学杂志,2005,20(2):112—115.
- [3] 马洪路.脑卒中患者的社会功能评定[J].中国临床康复,2002,6(5):1236—1243.
- [4] Van Manen JG,Korevaar JC, Dekker FW,et al. Adjustment for comorbidity in studies on health status in ESRD patients: which comorbidity index to use [J]? Journal of the American Society of Nephrology,2003,14(2):478—485.
- [5] Edith T. Oberley, John H. Salder, Paula Stec Alt. Renal rehabilitation: Obstacles, progress, and prospects for the future[J]. America Journal of Kidney Diseases, 2000, 35 (4)suppl 1 (April): 141—147.
- [6] 世界卫生组织.国际功能、残疾和健康分类[S].日内瓦:世界卫生组织,2001.18—20.
- [7] King K. Multidisciplinary contributions to rehabilitation: a National kidney foundation survey of the dialysis health care team [J].Advances in Renal Replacement Therapy,2003,10(1):78—83.