

·临床研究·

腹膜透析患者活动与参与状况研究

陶巍巍¹ 王 兰² 汪 涛²

摘要 目的:探讨腹膜透析患者活动和参与状况的相互关系,为促进患者康复提供依据。**方法:**采用描述性研究方法,对 171 例接受腹膜透析治疗超过 3 个月的终末期肾病患者的活动和参与状况进行评定,探讨二者的相互关系。**结果:**本组患者活动正常者 134 例,占 78.4%;存在参与受限者有 129 例,占总人数的 75.4%;部分患者存在活动与参与不平行的现象。**结论:**活动和参与水平既相互联系又彼此独立,加强改进个人心理社会因素可能是促进腹膜透析患者社会参与的有效途径。

关键词 腹膜透析;终末期肾病;日常生活活动;康复

中图分类号: R692.5, R493 **文献标识码:** B **文章编号:** 1001-1242(2007)-05-0442-02

腹膜透析作为一种血液净化的手段,在治疗终末期肾病上已经得到了广泛的应用。近年来,终末期肾病患者的寿命随着透析技术水平的提高已明显延长,然而随着社会的进步和社会医学研究的深入,人们不仅希望通过透析治疗,解除尿毒症症状,延长患者的寿命,更要让患者尽可能地参与和回归社会,目前国内外的文献中对透析患者的活动和生理状况研究较多,然而“活动”并不能替代“参与”^[1],对腹膜透析患者活动和参与状况的关系研究,国内外鲜有报道。本研究对 171 例在腹透中心接受透析治疗且病情稳定的终末期肾病患者进行了活动和社会参与状况的调查,并分析了二者的关系,为腹膜透析患者进行更好的康复干预提供依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

调查对象为 2005 年 3 月—2006 年 3 月北京大学第一医院肾内科腹膜透析中心接受腹膜透析治疗的患者。研究对象采取非随机方法取样,须符合下列条件:①腹膜透析治疗超过 3 个月;②无精神科疾病,能配合研究;③性别年龄不限,自愿接受调查。

1.2 研究方法

本研究采用问卷调查法与访谈法相结合,问卷的调查由研究者本人完成。在患者知情同意后,通过访谈患者和家属及其自填量表的方式收集资料。调查前使用统一的指导用语,对不明白的项目给予适当的解释。每份问卷完成后由调查者本人当面检查,及时补充遗漏项目。问卷主要包括以下两部分:

1.2.1 活动状况:主要利用 Karnofsky 活力指数进行量化。该指数被广泛应用于评估透析患者的活动水平,结果证明有良好的信度和效度^[2]。其评分从 0(表示死亡)至 100 分(表示无任何疾病迹象),评分高于 70 分说明被评估者活动能力正常^[3]。

1.2.2 社会参与状况:采用社会功能缺陷筛选表(social dysfunction screening scale, SDSS),由 WHO 拟定,曾在 1987 年我国残疾人全国抽样调查中用来测量社会能力障碍情况,被证明是可行和有成效的。根据最新的康复分类,即国际功能、残疾和健康分类,以“参与受限”来代替“残障”^[4],故本研究中采用此量表来评估患者的社会参与状况。评估内容主要包括

职业工作情况、婚姻职能、父母职能等 10 个维度,每项 0—2 分,总分 ≥ 2 分定为有社会参与受限,评分越高表明社会参与程度越差^[5]。本研究预实验表明,重测信度系数为 0.87。

1.2.3 其他心理社会资料:通过研究者自设的一般状况问卷评估性别、年龄、受教育程度、婚姻状况、透析时间等;采用 Hamilton 抑郁、焦虑等级量表评估患者抑郁、焦虑水平;采用医学应对方式问卷 (medical coping modes questionnaire, MCMQ) 评估患者对疾病的应对方式, MCMQ 由 Herman Feifel 编制,国内姜乾金等译成中文版,共 20 个条目,每项的评分为 1—4 分,分为面对、回避、屈服三种应对策略评分,得分越高,说明患者采用此项应对方式倾向越大^[6]。本研究中,以上各维度的重测信度系数分别为 0.66、0.85、0.69。

1.3 统计学分析

应用 SPSS13.0 统计软件进行数据处理。用均数、中位数、构成比等基本统计方法描述患者的活动和社会参与水平、心理社会资料。活动与参与不平行两组间的比较采用 *t* 检验,活动与参与的相关性分析采用 Pearson 法。

2 结果

2.1 心理社会资料

本研究实际入选腹膜透析患者共 171 例,其中男 66 例(38.6%),女 105 例(61.4%),年龄 24—83 岁,平均 60.15 ± 13.33 岁,透析时间中位数为 22.77 个月(3—116 个月)。文化程度:初等教育(初中及以下)69 例(40.3%),中等教育(高中/中专)54 例(31.6%),高等教育(大专及以上)48 例(28.1%)。患者应对方式评分:面对因子分为 20.02 ± 5.63 分;回避因子分为 13.88 ± 3.78 分;屈服因子分为 9.83 ± 4.48 分。Hamilton 焦虑、抑郁得分平均 11.09 ± 5.08 分和 7.25 ± 3.26 分。

2.2 腹膜透析患者的活动状况

本组患者 Karnofsky 活动指数得分范围为 20—100 分,平均 73.92 ± 19.48 分,活动正常者(≥ 70 分)134 例,占 78.4%。

1 大连医科大学护理系,大连,116027

2 北京大学第一医院肾内科腹透中心

作者简介:陶巍巍,女,硕士,助教

收稿日期:2006-07-18

2.3 腹膜透析患者的社会参与状况

社会功能缺陷得分为 $3.72 \pm 1.69(0-15)$, 存在社会功能缺陷(即参与受限)者有 129 例, 占总人数的 75.4%。见表 1。

表 1 腹膜透析患者的社会参与状况 (n=171)

	正常		部分缺陷		完全缺陷	
	例数	%	例数	%	例数	%
工作情况 ^①	27	47.8	9	15.8	21	36.8
夫妻关系状况 ^②	95	74.2	28	21.9	5	3.9
父母职能 ^③	98	64.5	42	27.6	12	7.9
日常家庭功能	104	60.8	53	32.0	14	8.2
家庭以外社会活动	84	49.1	62	36.3	25	14.6
责任心及对将来的计划性	75	43.9	77	45.0	19	11.1
对外界的兴趣和关心	128	74.9	39	22.8	4	2.3
自理状况	131	76.6	35	20.5	5	2.9
家庭内活动	131	76.6	34	19.9	6	3.5
社会性退缩	149	87.1	19	11.1	3	1.8

①已退休患者 114 例, 占总研究对象 66.7%; ②无配偶患者 43 例, 占 25.1%; ③无子女患者 19 例, 占 11.1%。

2.4 患者的活动与社会参与状况的关系

Karnofsky 活动指数与社会功能缺陷得分呈中度相关 ($r=-0.497, P<0.01$)。本研究的 171 例患者中, 有 120 例 (70.2%) 患者其活动与参与得分平行, 即活动得分高, 参与水平也相应高, 有 51 例患者 (29.8%) 出现活动与社会参与状况不平行的现象, 其中, 有 22 例 (17.0%) 患者活动差 (低于总体均值) 但参与好 (社会功能缺陷低于总体均值), 作者将这些患者归为 A 组; 另有 29 例 (12.9%) 患者活动好 (高于总体均值) 但参与差 (社会功能缺陷高于总体均值), 作者将这些患者归为 B 组。

2.5 活动与参与状况不平行的两组患者间情况比较

见表 2。A 组患者的抑郁得分、屈服应对分较 B 组低, 而面对应对分则较 B 组高, 差异有显著性。

表 2 活动能力与社会功能缺陷得分不平行的两组腹膜透析患者比较

	A 组(22 例)	B 组(29 例)	t 值
Karnofsky 活动指数	63.33±12.84	86.28±5.78	-10.597 ^①
社会功能缺陷值	2.41±0.75	4.40±1.14	-9.228 ^①
焦虑	9.73±5.76	11.79±4.31	-1.462
抑郁	4.73±2.53	8.28±1.81	-5.584 ^①
面对应对分	22.36±4.56	18.24±4.56	3.198 ^①
回避应对分	12.86±3.39	14.45±4.16	-1.456
屈服应对分	8.36±3.16	13.00±6.09	-3.522 ^①
年龄(岁)	64.23±13.32	59.24±11.43	1.437

①两组相比 $P<0.01$

3 讨论

3.1 腹膜透析患者的活动和社会参与状况

本研究发现, 腹膜透析患者总体活动状况尚好, 78.4% 的患者其 Karnofsky 活动指数正常。社会参与各维度中, 夫妻关系、父母职能、家庭职能、家中活动、自我照顾等方面表现较好, 多数患者能与家人和睦相处, 重视与子女的情感交流, 关

心子女健康和成长, 在日常家庭活动中发挥应有的作用, 如分担家务劳动, 参加家庭娱乐活动等, 很少出现社会性退缩; 但同时应注意, 本组患者在就业状况、家庭外的社会活动、责任心, 以及对将来的计划性方面达到正常的比例低于半数, 有待于进一步提高, 应引起广大医务人员的注意。

3.2 腹膜透析患者活动能力与社会参与水平存在不平行现象

活动和参与是透析患者康复的一个重要组成部分, ICF 定义“参与”为, “投入到一种生活情境中”; 而定义“活动”为, “个体执行一项任务或行动”。其中, 活动状况主要是从个体水平反映康复状况, 而参与则从社会水平体现康复, “参与受限”是“个体投入到社会情景中可能经历到的问题”^[4]。

本研究发现, 多数患者 (70.2%) 参与和活动水平变化一致, 但值得注意的是, 有 29.8% 的患者出现参与和活动水平变化不平行的现象, 其中, 17.0% 的患者活动水平较高, 但参与水平较差, 另 12.9% 的患者虽然活动水平较差但参与水平反而好。这一结果可以用 ICF 理论来解释, ICF 理论认为, 个体在特定领域下的功能是康复状况与背景因素间交互作用和复杂联系的结果, 一方面的变化可能导致一个或多个方面的改变^[4], 因此, 虽然活动和参与水平之间有较强的相关性, 但并不能想当然地认为活动水平高的患者其参与状况一定好。

本研究对这两组患者进行进一步分析发现, 活动水平较差但参与水平反而好的患者组的抑郁水平低于另一组, 该组患者更多采用积极应对的方式, 而另一组患者则更多采用屈服的应对方式。ICF 理论认为, 活动或参与的产生需要两个条件: 能力和机会, 能力受生理、心理的影响; 而机会则受社会文化及法律等环境因素的影响^[4]。由于受生理功能状况的影响, 部分患者活动水平较差, 但由于心理状况较好, 对疾病采取积极的应对方式, 同样可以不同的形式参与社会。

本研究结果提示, 活动好的患者不一定都能实现“参与社会”, 还要评估其心理社会因素中是否有阻碍其参与的因素; 相反, 通过改善心理状况和对疾病的应对方式, 活动差的患者也可能实现不同程度地参与社会生活。

参考文献

- [1] WHO. 国际功能、残疾和健康分类[S]. 日内瓦: WHO. 2001. 18-20.
- [2] Schag CC, Heinrich RL, Ganz PA. Karnofsky performance status revisited: reliability, validity, and guidelines [J]. Journal of Clinical Oncology, 1984, 2(3):187-193.
- [3] Parkerson GR Jr, Gutman RA. Predictors of functional health status of end stage renal disease patients [J]. Health Care Financing Review, 1997, 18(4):37-49.
- [4] 卓大宏. 中国康复医学[M]. 北京: 华夏出版社, 1990. 210-211.
- [5] 汪向东, 王希林, 马弘, 等. 心理卫生评定量表手册(增订版)[M]. 北京: 中国心理卫生杂志社, 1999. 122-130.
- [6] Stucki G, Ewert T, Cieza A. Value and application of the ICF in rehabilitation medicine [J]. Disability & Rehabilitation, 2003, 25(11-12):628-634.
- [7] Nordenfelt L. Action theory, disability and ICF [J]. Disability & Rehabilitation, 2003, 25(18):1075-1080.