

无陪护理模式在肿瘤科患者中的应用

吴大芝, 田会斌(重庆市綦江区人民医院肿瘤科 401420)

【摘要】 目的 探讨肿瘤科开展无陪护理的效果。**方法** 以 2010 年 4 月至 2011 年 8 月入住本科室的 96 例患者为研究对象, 分为实验组(45 例)和对照组(48 例)。其中实验组实施无陪护理, 对照组实施家属陪护, 对两组患者的病死率、坠积性肺炎、静脉血栓、压疮发生率及肢体肌力等方面进行比较。**结果** 实验组的病死率、坠积性肺炎、静脉血栓、压疮的发生率均低于对照组, 而肢体肌力高于对照组。**结论** 在肿瘤科开展无陪护理可有效降低患者的并发症, 从而提高患者的生活质量和延长生存时间。

【关键词】 肿瘤科; 无陪护理; 模式探索

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2012.21.061 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)21-2763-02

无陪护理的宗旨是全面强化临床护理工作, 加强基础护理, 提高护理质量, 逐渐将患者家属承担日常生活护理工作的模式转变为医院护理人员承担全方位护理的模式, 这种护理模式可以减轻患者家庭的负担, 使患者及患者家庭的利益最大化。本科室自实施无陪护理以来, 不仅为患者创造良好的就医环境, 满足患者心理、生理需要, 解决了家属送饭、陪护困难的问题, 还为医护人员创造了良好的工作环境, 使护理人员自觉地走近患者, 主动、细致地观察病情变化, 及时落实各项护理措施, 提高了护理质量, 缓和了护患矛盾^[1]。现将本科室采取无陪护理以来取得的部分良好效果进行整理分析, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本科室固定病床 37 张, 年均收入肿瘤患者 600 例。将生活不能自理的 96 例患者纳入实验对象; 随机选取 45 例纳入实验组, 48 例纳入对照组。两组患者在性别、平均年龄、病情程度等方面比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 无陪护理管理方法 无陪护理的理念是患者进入病区后所有的医疗、护理和生活服务都由医护人员承担, 实行无家属陪护或陪而不护^[2]。具体要求: 病重(危)、卧床患者, 医生开具留陪一人医嘱, 但“陪而不护”^[3], 其余患者均不留陪伴, 每天任何时间可以探视。

1.2.2 无陪护理人员配置 (1) 人员组成: 共有护士 16 名, 均为女性, 平均年龄 28.3 岁。学历: 本科 4 名, 大专 10 名, 中专 2 名。结构: 护士长 1 名, 责任护士 10 名, 责任组长 2 名, 治疗护士 3 名。(2) 排班方案: 将临床护士的夜班集中在一段时间内, 由原来 1 名值夜班改为 2 名共同值夜班, 确保了护士对患者病情变化判断的预见性、准确性和救护的及时性^[4]; 同时每班至少有 2 名护士, 1 名护士负责治疗, 1 名护士负责基础护理, 保证落实患者的生活护理及基础护理。

1.3 无陪护理方法 对纳入无陪护理患者首先由责任组长评估病情后制订护理计划, 护理计划的内容包括各项基础护理和治疗处置, 如: 洗脸、刷牙、梳头、进餐、洗头、擦身、更换衣物、功能锻炼、读书读报、病室的开窗通风等, 每一项护理计划落实具体执行时间, 由责任护士具体执行。并将计划单挂在患者床尾由家属监督。每天下午责任组长检查当天的护理计划落实情况, 第 2 天早上检查中夜班执行情况, 并评估患者病情后重新修订计划。

1.4 观察指标 病死率、吸入性肺炎发生率、双下肢静脉血栓

发生率及肢体肌力。

1.5 测定指标的方法 将纳入实验组与对照组的对象进行 3 个月的临床观察, 将实验组中途出院或转院者剔除, 对照组出院或转院者进行随访, 每周 1 次, 到实验结束。

2 结果

临床观察 3 个月后, 两组病例发生并发症结果见表 1, 肢体肌力对比评估结果见表 2。由表 1、2 可见, 实验组的病死率、吸入性肺炎、静脉血栓发生率较对照组明显下降; 压疮发生率无明显差异, 而肌力明显增高, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 两组病例发生并发症结果[n(%)]

组别	n	流失病例	死亡	坠积性肺炎	静脉血栓	压疮
实验组	45	3	6(13.3)	2(4.4)	5(11.1)	1(2.2)
对照组	48	0	10(20.8)	23(47.9)	12(25.0)	3(6.2)

表 2 肢体肌力对比评估

组别	n	上肢					下肢						
		0级	1级	2级	3级	4级	5级	0级	1级	2级	3级	4级	5级
实验组	45	1	5	6	23	10	0	2	3	9	20	11	0
对照组	48	6	10	18	8	6	0	12	8	12	13	5	0

3 讨论

肿瘤患者病程长, 大部分治疗效果及预后不佳, 给家庭经济和精神上均造成了很大的压力及困扰。无陪护理的实施能够为患者家庭减轻部分负担。本科室开展无陪护理服务, 保证了患者住院期间能得到及时、安全、全程、优质的护理服务, 为患者提供了温馨的诊疗环境, 解除了患者和家属的后顾之忧。

由表 1 可见, 在实施无陪护理后, 本科室长期卧床患者的病死率有所降低; 坠积性肺炎的发生率大大减少; 合理的功能锻炼防止了肢体静脉血栓、肌肉萎缩及压疮的发生, 从不同层面扩大了患者的利益, 极大提高了患者的生存时间及生活质量。

无陪护理是一种新兴的护理模式, 通过无陪护理模式的实施, 使护理工作更加系统, 更加细致, 更加关注护理细节的优化, 从而将所有护理行为转化为对患者无微不至的关怀和照料^[5]。尽力做到住院患者少陪护、无陪护、陪而不护, 直至护理观念的真正更新和改进, 彻底摒弃落后的服务流程, 提供全程的优质护理, 持续改进临床护理工作, 以利于提高护理质量。

参考文献

- [1] 田丽. 我院无陪护管理模式[J]. 中国护理管理, 2009, 9(8):16-18.
- [2] 谢萍, 梁伶俐. 新生儿无陪护护理常见问题及应对措施[J]. 中外健康文摘, 2009, 6(15):156-157.
- [3] 刘青青, 王玫, 肖殊, 等. 无陪护护理管理模式在老年外科病

房的应用研究[J]. 护理研究, 2011, 6(4):1018-1019.

- [4] 柯彩霞, 梁碧宁, 冯怪霞, 等. 护士排班模式对简化护理工作程序及护理质量的影响[J]. 海南医学, 2008, 19(7):22-23.
- [5] 虞建明, 蒋玲. 普外科病区开展无陪护护理的效果评价[J]. 中国实用护理杂志, 2007, 10(10):56-57.

(收稿日期:2012-06-08)

艾滋病病毒感染孕妇的心理问题与干预

李筱翠, 石柳春, 叶海琳(广西壮族自治区龙潭医院急诊科, 广西柳州 545005)

【摘要】 目的 探讨艾滋病病毒(HIV)感染孕妇住院患者的心理问题和干预。**方法** 对 13 例 HIV 感染孕妇的心理状况进行分析, 实施个性化心理干预。**结果** HIV 感染孕妇均存在严重的心理障碍和性格缺陷, 通过有效的心理干预, 12 例患者主动配合治疗, 1 例因经济原因放弃治疗。**结论** 充分了解 HIV 感染孕妇住院患者心理状态, 及时进行心理干预, 能减缓 HIV 感染孕妇心理压力, 对提高患者治疗依从性、生存质量、降低母婴传播具有重要作用。

【关键词】 艾滋病病毒; 孕妇; 心理分析; 干预

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.21.062 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)21-2764-02

中国内地艾滋病病毒(HIV)感染者已由 1998 年的 7.1% 上升至 2008 年的 35.0%, 10 年上升 5 倍, 其中近 9 成为育龄女性。在云南某些地方, 母婴传播 HIV 感染率超过 1%, 母婴传播 HIV 的形势十分严峻^[1]。对 HIV 感染孕妇住院患者特有的复杂心理, 本文进行了有效的心理干预, 取得比较满意效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 对 2010 年 1 月至 2011 年 12 月本院收治自愿选择继续妊娠的 HIV 感染孕妇 13 例进行调查, 年龄 19~37 岁, 平均 26 岁。其中小学 7 例, 初中 4 例, 高中 1 例, 中专 1 例; 13 例患者常规筛查 HIV 均为阳性。

1.2 方法 接受过专门艾滋病知识培训的护士, 根据患者年龄、病情、人格特点、家庭、社会支持情况、理解能力, 建立“医护-患者-家庭-社会”共同参与的干预。

1.3 心理分析

1.3.1 焦虑、恐惧 HIV 感染孕妇在选择妊娠的那天开始, 最担心的是母婴阻断是否成功, 因艾滋病母婴传播是儿童 HIV 感染的最主要途径, 此时药物治疗又受到种种限制, “确保母子健康安全”是 HIV 感染孕妇最主要的压力源^[2], 多表现为: 焦虑、恐惧、失眠, 加上住院期间的严密隔离措施, 使患者感到孤立无援, 加重其恐惧心理。

1.3.2 抑郁症 由于疾病的本身及社会的歧视, 家庭成员关系的改变, 长期治疗的经济压力而产生情绪低落和反常心理, 对 HIV 感染孕妇治疗将产生很大的影响, 抑郁情绪可改变淋巴球神经肽受体的表达, 并导致 CD4⁺ T 淋巴细胞增殖减少, 导致健康状况和自我照顾行为较差, 并可进一步对婴儿造成不利影响^[3]。抑郁情绪的患者由于缺乏相应的失代偿性, 常见有睡眠、食欲及胃肠功能障碍。

1.3.3 自责、求助 艾滋病是一种致死性传染病, 可传染给家人, 加上长期治疗, 加重家庭经济负担而深深感到自责。HIV 感染孕妇对生命具有强烈的渴望及对亲人的眷恋, 担心亲朋好友知道后被歧视和抛弃, 使患者感到自我价值陡然失落, 导致求助心理上升, 渴望生存和关爱。

1.3.4 寂寞、孤独 HIV 进入发病期, 身体各系统和器官严重受损, 心里非常痛苦, 担心感染 HIV 的隐私被暴露, 精神常处于封闭、孤独无助的境地; 即便隐情被暴露后, 亲人到医院探

望少、停留时间短, 使患者内心充满寂寞和孤独。

1.4 心理干预

1.4.1 建立融洽的护患关系 良好的护患关系是做好心理干预和提高治疗依从性的前提, 也是心理干预取得成效的关键。接待患者入院时, 护士态度和蔼、耐心做好解释工作, 通过良好的言语、行为与患者建立相互信任的人际关系, 在与患者沟通时, 要换位思考, 减轻患者心理压力, 树立战胜疾病的信心。本院每年举办 2 期艾滋病护理培训班, 以提高护理人员的素质及技术操作水平, 及时发现患者现存和潜在的健康问题, 采取相应的护理措施。

1.4.2 情绪疗法 实施人员关怀, 当患者感觉不适或有不正确的观念时, 护士应及时进行有效处理及疏导, 有些患者了解到艾滋病对母儿的危害, 可能因无法“确保自己及胎儿安全顺利度过妊娠期和分娩期”这一母性心理发展任务而产生焦虑、恐惧等反应, 严重造成身体状况紊乱。此时护士应认真倾听, 引导患者宣泄情绪, 并创造一个安静、舒适的环境, 如播放轻音乐等, 给予情感支持可减轻患者心理压力。

1.4.3 加强健康宣教 讲解艾滋病产生原因及其严重后果, 利用宣传画、专题讲座、播放专题片、单独咨询, 对患者负性情绪给予积极疏导, 让患者明白树立健康的生活行为, 提高自我护理能力; 向患者介绍阻断的成功案例, 使其对婴儿充满信心; 与家人共同制订健康计划, 使患者及家属了解艾滋病对孕妇、胎儿、新生儿的影 响, 配合医护人员的药物阻断可降低新生儿的感染率, 同时可保护自己的亲属免受感染, 采取综合的干预措施能有效减少艾滋病对母婴传播的危险。在抗病毒治疗时, 告知患者药物作用、不良反应, 并定期检测血象、CD4⁺ T 淋巴细胞计数、HIV 载量等; 指导患者膳食结构平衡、合理, 保证孕妇充足的营养, 有利于母子健康。

1.4.4 以人为本实行人性化护理 护士应密切观察患者病情变化, 认真、及时、准确完成患者的各项检查、治疗、护理, 尽量减轻患者躯体上的不适, 关心体贴患者, 让其感受到生理和心理上的支持, 以良好的状态面对疾病。

1.4.5 亲情关怀 家庭是 HIV 感染孕妇的主要精神支柱, HIV 感染孕妇的治疗离不开家庭参与, 争取得到家属的支持, 使患者得到心理上最大的安慰和关心, 对摆脱顾虑, 增强战胜疾病的信心起着重要作用。