

4.49)分,干预前两组间的差异无统计学意义($P>0.05$)。进行护理干预后两组组均出现不同程度的降低,分别为(36.13±

5.48)分和(41.03±6.08)分,均有所提高,两组间的差异具有统计学意义($P<0.01$)。

表 2 两组患者 SCL-90 量表各因子得分($\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	焦虑	恐惧	抑郁	敌对	躯体化
对照组	44	18.8±2.3	13.3±2.2	13.5±2.5	13.5±2.2	18.5±2.5
整理护理组	44	11.7±1.7	9.4±1.8	9.2±1.8	9.3±1.9	12.1±2.1

3 讨 论

慢性胃炎患者病情易反复,患者极易产生恐惧、焦虑等一系列消极心理反应,甚至造成机体的持续应激状态,有学者认为^[4],精神障碍因素或应激状况可引起和加重慢性胃炎的症状,消化道应激异常和感觉异常是应激因素导致消化道症状的主要原因,从而最终影响治疗的效果和康复的时间。慢性胃炎的发病中,精神心理因素已越来越受重视。因此,对慢性胃炎患者的心理护理在治疗中更显重要。整体护理模式作为一种近年发展起来的新型护理模式,要求护理人员在疾病的护理过程中,不仅要包括生理护理,更应包括健康教育和心理护理,从生理、心理、社会、精神及文化等方面对患者进行全面护理,护理人员要给予患者热情的服务以及耐心细致的健康教育,让患者感受到护士的照料和关心,同时提高患者对疾病的认识程度,从而建立和谐的护患关系,提高治疗依从性和患者对护理服务的满意度^[5]。

本组结果表明,整体护理组患者的治疗效果、生活质量和 SAS 评分均显著优于传统护理组,且两组间的差异均具有统计学意义($P<0.05$)。这说明,对慢性胃炎患者实施包括心理支持等在内整体护理措施,能有效提高治疗效果,改善患者的心理状况,提高生活质量。研究结果与相关文献相符^[6-8]。总之,心理因素在慢性胃炎的发生发展过程中有着重要影响,对慢性胃炎患者在传统护理基础上进行整体护理,能够减轻甚至消除患者的不良情绪,提高治疗依从性,从而改善患者的生活

质量,对于疾病的治疗和康复均具有重要意义。

参考文献

[1] 狄亚杰,赵丽华.整体护理在临床中的应用探讨[J].内蒙古民族大学学报:自然科学版,2009,24(6):706-707.
[2] 李金莲,陈齐凤.慢性胃炎的心理护理[J].现代医院,2010,10(4):114-115.
[3] 冯文英.消化性溃疡患者的整体护理探讨[J].中国现代药物应用,2010,4(1):193-194.
[4] 王玉飞.心理护理在慢性胃炎抑郁症中的作用[J].中国误诊学杂志,2005,5(3):584-585.
[5] 张芝.临床护理路径在慢性胃炎患者治疗中的应用[J].基层医学论坛,2010,14(27):805-806.
[6] 陆忠红,仇训华,黄丽儿.综合护理干预对慢性胃炎及消化性溃疡患者生活质量的影响[J].齐鲁护理杂志,2012,18(13):83-84.
[7] 张黎黎.护理干预在慢性胃炎治疗中的应用分析[J].实用心脑血管病杂志,2012,20(7):1238-1239.
[8] 许幼颖.慢性胃炎病人的护理体会[J].安庆医学,2003,24(3):51.

(收稿日期:2013-01-21 修回日期:2013-03-21)

术前访视对宫颈癌患者术后护理的影响

陈 苗,张 燕(陕西省西安市第一医院手术室 710002)

【摘要】 目的 探讨术前访视对子宫颈癌患者术后护理效果的影响。方法 根据随机数字表将 82 例行子宫颈癌手术患者分为观察组 40 例以及对照组 42 例,对照组患者术前进行常规术前指导,观察组患者于术前 1 天对其进行术前访视。结果 观察组患者遵医行为率为 97.50%,对照组遵医行为率为 83.33%,两组患者遵医行为比率具有统计差异($P<0.05$)。观察组访视后汉密顿抑郁评分(HAMD)总分(24.6±3.1)分、抑郁评分(9.4±4.2)分、焦虑评分(9.8±4.2)分,显著低于对照组相应的评分(33.9±7.9)、(17.2±3.9)、(16.9±4.0)分,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组住院时间(7.8±1.5)d 显著短于对照组(10.5±2.4)d,而护理满意度评分(98.6±3.2)分,显著高于对照组(88.7±7.8)分,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 对子宫颈癌患者实施术前访视能有效改善患者焦虑、抑郁的心理状况,提高患者遵医行为,缩短患者住院时间,提高患者满意度。

【关键词】 术前访视; 子宫颈癌; 术后护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.17.068 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)17-2335-03

宫颈癌是妇科中常见的恶性肿瘤,随着宫颈癌筛查技术的发展以及妇女自我保健意识的提高,近几年宫颈癌的发病率不断好、上升,且呈现年轻化的趋势^[1]。手术切除是临床上治疗子宫颈癌最有效的方法,但手术作为一种创伤性治疗,对大多数患者来说会存在不同的心理应激反应,导致患者出现焦虑、

抑郁等心理状态,从而影响患者手术治疗效果^[2]。为此本院于 2009 年 1 月至 2012 年 12 月对行子宫颈癌手术治疗的患者实施术前访视,患者术后护理效果让人满意,现对结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院于 2009 年 1 月至 2012 年 12 月收

治的 82 例经病理组织学证实为宫颈癌的患者为研究对象,患者年龄为 35~68 岁,平均年龄(55.8±5.2)岁,患者孕次为 0~5 次,平均孕次为(2.7±1.2)次,产次为 0~3 次,平均产次为(1.2±0.6)次。根据 FIGO 分期可将患者分为 I 期 29 例,Ⅱ期 31 例,Ⅲ期 20 例,根据随机数字表将患者分为观察组 40 例以及对照组 42 例,两组患者年龄、孕次、产次、FIGO 分期无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 两组患者分别于入院前以及访视后对其采用访视后汉密顿抑郁评分(HAMD)表评估患者的心理状况,并于患者出院时对患者进行护理满意度调查。对照组入院时对其进行常规性术前指导,并于手术当日由手术室护理人员接入手术室。观察组患者于术前 1 天由手术室护士对其实施术前访视,手术当天由访视护士接入手术室。

1.3 访视内容 患者术前访视具体内容及步骤如下:(1)观察组患者术前 1 d 接受手术室护士的访视,对照组患者则由病发护士对其进行常规术前指导;(2)手术室护士术前 1 天收集患者临床资料,包括查阅病历、医疗,并向主管医护人员了解患者的基本情况^[3];(3)访视过程中应主动向患者进行自我介绍,向患者发放访视单,并详细解析访视单上的内容,同时应向患者说明术前禁食、休息、更衣、备皮的重要性^[4]。(4)针对患者提出的疑问,护理人员应做好相应的解析,减轻患者焦虑及抑郁的情绪,同时应注意说话的语气,应尽量做好说话温柔、和谐。(5)在院方条件许可的情况下,可让患者到手术室熟悉环境、布局以及各种仪器设备,消除患者的焦虑感及对手术环境的陌生感^[5]。(6)对心理焦虑感强烈的患者,可针对性地给予患者实施心理疏导,消除患者对手术安全性的顾虑。(7)对患者家属

做好思想工作,让患者家属充分了解相关的知识,减轻或消除焦虑、紧张心理,使患者在平静的心理状态下接受手术^[6]。

1.4 观察指标 (1)心理焦虑:HAMD 量表共分为 14 个条目,其中 7 个条目定为抑郁,7 个条目定位焦虑。焦虑与抑郁分量表值划分为 0~7 分为无症状,8~10 分为症状可疑,而 11~21 分为症状明确^[7]。(2)遵医行为:设计专门的表格,由于手术室护士记录患者躁动、自行拔管、吐气管插管等情况。(3)护理满意度:患者出院时由其填写护理满意度调查评分表,总分 100 分,分值越高,满意度越高。

1.5 统计学方法 采用 SPSS17.0 进行统计学分析,计量资料的比较采用成组设计 t 检验,计数资料的比较采用 χ^2 检验; $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者遵医行为对比 两组患者遵医行为比率差异具有统计意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组患者遵医行为对比[n(%)]					
组别	<i>n</i>	躁动	吐管	自行拔管	不良行为发生率 遵医行为率
观察组	40	1(2.50)	0(0.00)	0(0.00)	1(2.50) 39(97.50)*
对照组	42	2(4.76)	2(4.76)	3(7.14)	7(16.67) 35(83.33)

注:与对照组相比, $\chi^2=4.998,P=0.000$ 。

2.2 两组患者护理前后 HAMD 焦虑评分 观察组访视后 HAMD 总分、抑郁评分、焦虑评分显著低于对照组相应的评分,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 2 两组患者护理前后 HAMD 焦虑评分($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	治疗前			治疗后		
		HADM 总分	抑郁评分	焦虑评分	HADM 总分	抑郁评分	焦虑评分
观察组	40	33.9±7.8	17.6±4.3	17.2±3.9	24.6±3.1*#	9.4±4.2*#	9.8±4.2*#
对照组	42	34.5±8.3	17.3±4.1	16.9±4.1	33.9±7.93)	17.2±3.9△	16.9±4.0△

注:与治疗前相比,* $P<0.05$,△ $P>0.05$;治疗后与对照组相比,# $P<0.05$ 。

2.3 两组患者住院时间及满意度评分分析 观察组住院时间显著短于对照组,而护理满意度评分显著高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

表 3 两组患者住院时间及满意度评分分析($\bar{x}\pm s$)			
组别	<i>n</i>	平均住院时间(d)	满意度评分(分)
观察组	40	7.8±1.5	98.6±3.2
对照组	42	10.5±2.4	88.7±7.8

3 讨 论

子宫颈癌手术属于创伤性治疗,因此容易导致患者术前产生焦虑意抑郁的心理。术前焦虑不仅会增加患者心理负担,同时会干扰手术及麻醉的工作的进行,增加患者术后并发症的发生,增加手术的风险^[8]。

宫颈癌患者手术过程中需要对其进行各种插管,术后需要对患者留置导管,患者如果心里过度焦虑会导致插管困难,插管后会增加患者躁动发生,甚至部分患者出现自行拔管的情况^[9]。术前对患者进行访视,让患者了解麻醉及手术插管的重

要性,可增加患者手术的依从性,减少患者躁动、吐管及自行拔管的发生率,从而本研究中可看出观察组患者遵医行为率为 97.50%,对照组遵医行为率为 83.33%,两组患者遵医行为比率具有统计差异,从而说明术前访视能有效提高患者遵医行为,提高患者手术配合度。观察组访视后 HAMD 总分、抑郁评分、焦虑评分显著低于对照组相应的评分,差异有统计学意义,说明术前访视能改善患者焦虑抑郁的情况,其原因可能与手术室护士术前访视能让患者充分了解手术室环境、仪器设备等情况,从而消除患者进入陌生环境时产生的焦虑及恐慌,建立患者对手术的信心,从而减轻患者焦虑情绪。本研究中观察组住院时间显著短于对照组,而护理满意度评分显著高于对照组,说明术前访视能提高患者依从性及配合度,从而提高患者治愈率,缩短患者住院时间。术前访视能拉近护理人员与患者的距离,增加护患间的感情,提高护理满意度,有利于建立和谐的护患关系。

参考文献

[1] 占艳飞. 宫颈癌新辅助化疗的临床疗效观察[J]. 实用癌

- 症杂志,2012,27(3):304-308.
- [2] 张颖,周立. 手术室护士实施术前访视内容标准的研究[J]. 中华护理杂志,2011,46(4):361-363.
- [3] 刘敏,刘琼,刘静兰. 综合 ICU 开展术前访视的方法和效果[J]. 中华现代护理杂志,2011,4(5):398-400.
- [4] 朱宇红. 应用循证护理对手术患者全身麻醉后苏醒质量的影响[J]. 医学理论与实践,2011,24(16):1910-1911.
- [5] 张华伟,王素侠,王震芳,等. 宫颈癌患者介入治疗的围术期护理[J]. 中华全科医学,2012,10(6):976-994.
- [6] 许虹艳. 护理干预对子宫颈癌预防及手术前后焦虑状态的调查[J]. 中华全科医学,2011,9(2):265-266.
- [7] 谭颜华,杨春玲. 监护室术前访视对降低颈动脉内膜切除术患者焦虑水平的效果分析[J]. 中国实用护理杂志,2011,5(2):65-87.
- [8] 郑苏红. 术前访视对行乳腺切除手术患者心理状态的影响[J]. 中国实用护理杂志,2012,32(2):95-96.

(收稿日期:2013-02-21 修回日期:2013-04-15)

健康教育在儿童糖尿病护理中的应用

张 燕,陈 苗(陕西省西安市第一医院 710002)

【摘要】 目的 探讨健康教育在儿童糖尿病护理中的应用效果。**方法** 100 例糖尿病患儿分为观察组和对照组,对照组采用常规护理,观察组在对照组的基础上加强健康教育,比较两组的干预效果。**结果** 观察组干预后的空腹血糖和餐后 2 h 血糖均显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组的住院时间、不良事件的发生率均显著少于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组家长对患者的管理水平及护理满意度显著高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 健康教育有利于改善儿童糖尿病的血糖控制水平,提高家长的护理能力,减少不良时间的发生。

【关键词】 健康教育; 儿童糖尿病; 护理; 血糖控制; 管理水平
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.17.069 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)17-2337-02

儿童糖尿病应称为“儿童时期的糖尿病”,是指在 15 岁以前发生的糖尿病,5~6 岁和 11~13 岁为发病的高峰期,以 1 型糖尿病较为多见。对儿童糖尿病综合治疗需要饮食、检测、运动、药物和教育并驾齐驱,虽然胰岛素治疗有不可替代的作用,但健康教育是先导^[1]。在对儿童糖尿病进行治疗护理时,要全面有效的控制病情需要对患者进行健康教育。本院 2011 年 10 月至 2012 年 12 月对 50 例糖尿病患儿在常规护理的基础上采用健康效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 100 例糖尿病患儿,所有糖尿病儿童均符合 1999 年 WHO 制定的诊断标准。排除明确的心血管疾病或肝病、肾功能损害、结缔组织病、反复严重低血糖及低血糖昏迷、活动性增殖性视网膜病及感染性疾病者。其中男 48 例,女 52 例,年龄 4~15 岁,平均年龄(7.5±2.5)岁,病程 2~28 个月。平均(15.4±5.2)岁,血糖 12.3~29.8 mmol/L,平均(19.3±6.5)mmol/L,采用 SPSS 软件对该组患者进行随机分组,每组 50 例,两组在一般资料方面无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法 两组患者的药物治疗方法相同,根据病情选择降糖药物或皮下注射胰岛素,对照组采用常规护理,观察组在对照组的基础上加强健康教育,具体方法如下。

1.2.1 用药指导 采取个体化“一对一”教育、小组教育和集体讲座等形式,向患儿及其健康进行糖尿病知识宣教,包括发病原因、危害、常用降糖药物及其使用方法(用法、用量、不良反应、服用时间、皮下注射胰岛素的正确方法)、血糖检测方法,发放糖尿病的知识小册子,同时开设咨询电话,及时回答家长的疑问。

1.2.2 心理指导 告知患儿及其家长情绪对血糖波动的影响,嘱患儿日常生活中要注意保持平静的情绪。患儿的家长因工作不能陪伴患儿时,护士应该充分担当起家长的责任,关怀、照顾患儿,多与患儿谈心,帮助同患儿之间进行交流,让他们一起玩,一起做游戏等,保持心情舒畅。可让家长将患儿平时喜欢玩的玩具带入病房中,让患儿玩耍。患儿期注射胰岛素导致

体质量低于健康儿童,可能导致患儿的自卑心理。护士要告知患儿不要以外表形象为中心,以一个淡定的心态面对治疗^[2]。

1.2.3 饮食指导 (1)制定食谱:根据身高、标准体质量、实际体质量、性别等,估算营养需要量,平衡膳食中热量摄入。结合患儿的营养状况、饮食习惯,根据食物交换表所确定的内容选择患者所需要的食物,并帮助患者制订食谱,督促其坚持执行。针对个体情况具体进行指导,向患儿及其家长讲解饮食中常见的误区^[3]。(2)饮食原则:采用低碳水化合物饮食,总热量的摄入限制为 1 980 kcal/d,碳水化合物、蛋白质和脂肪的含量分别占饮食总热量的 33%、22%、45%^[4]。三餐摄入量分别占总摄入量的比例:20%、40%、40%。蛋白质的摄取以豆类及动物性蛋白为主。脂肪的摄入主要来自肉类及烹调用油等,尽量食用花生油、豆油、菜子油等植物油。

1.2.4 运动指导 根据患儿的年龄、病情制定相应的符合个人的运动方案。可选用的运动方式有快走、小跑、散步、爬楼梯等,运动时间尽可能在饭后 1~2 h 进行运动,以中等强度,微出汗、不疲劳为原则。控制体质量,防治肥胖,要避免在黄昏或夜间进行激烈活动。运动时注意额外增加如巧克力的糖类^[4]。告知患儿及其家长日常生活中要注意保持良好的睡眠,按时作息,不要熬夜,以免引起血糖剧烈波动。

1.3 观察指标 比较两组患儿住院期间的血糖(空腹血糖、餐后 2 h 血糖)控制情况、住院时间、不良事件的发生率,患儿家长对患儿管理水平、护理满意度。其中(1)不良事件:低血糖事件(血糖小于 3.1 mmol/L)^[5]、感染及酮症酸中毒的发生率。(2)糖尿病自我管理:采用 Deborah 的糖尿病自我管理量表评价,共包括饮食、运动、血糖测试、药物治疗及足部护理 5 个部分,共 20 题,<21 分为差,21~28 分为一般,>28 分为较好。(3)护理满意度:采用本院自制的护理满意度调查问卷进行调查,从宣教、环境、态度、心理及治疗结果来评价,每个项目满分均为 20 分,满分为 100 分。两组患儿调查家长 50 例,两组家长在一般资料方面无统计学意义($P>0.05$)。