

1.4 判断方法 患者入院后第 2 天由责任护士根据洼田饮水试验完成情况对患者吞咽功能进行初步评估,通过治疗与康复训练,2 周后还是由同一责任护士根据洼田饮水试验、藤岛一郎疗效评价标准,对患者再次进行吞咽功能评估,以判断患者经康复训练后所达到的疗效等级^[9]。总有效率=显效率+有效效率。

1.5 统计学处理 采用 SPSS16.0 软件对数据进行统计学分析,计数资料采用百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验;以 $\alpha=0.05$ 为检验水准, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

治疗 2 周后,治疗组吞咽功能显效 34 例,有效 40 例,无效 8 例,总有效率 90.2%;对照组显效 16 例,有效 38 例,无效 25 例,总有效率 68.4%,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨 论

脑卒中患者给社会和家庭经济带来了巨大的经济负担。而吞咽障碍是脑卒中患者常见的并发症,轻者影响发音和营养摄入,重者造成患者营养不良、吸入性肺炎甚至窒息。目前多数患者通过急性期住院治疗便出院,出院后护理由家属完成,由于缺乏相关疾病知识和护理技能,容易导致患者窒息、胃管滑脱、吸入性肺炎等。如何提高脑卒中后吞咽障碍患者的生存质量,减少并发症,减少留置胃管的时间,成为神经内科医护人员面临的挑战。采取护理措施干预脑卒中患者的吞咽功能,尽可能让患者经口进食,使患者建立吞咽功能,可减少并发症的发生。

正常吞咽过程分为口腔期、咽喉期、食管期 3 个阶段。口腔期需要舌尖向上运动,舌体从前向后推送,食团推向口腔后部,同时软腭抬高,舌后部下降,舌根前移,食团进入咽部。咽喉期是高度自主的过程,咽喉部肌肉按照顺序自主收缩,形成食物的通行通道;食管期是通过食管平滑肌和横纹肌的收缩产生蠕动波把食团推入胃内。与吞咽有关的神经又包括面神经、三叉神经、舌下神经、舌咽神经、颈髓 1~4 节段,脑卒中累及这些部位和结构时,都可能出现吞咽困难。脑卒中引起的吞咽障碍主要表现为随意性舌运动开始时间延迟,与吞咽有关的肌肉运动协调性降低,进行吞咽功能训练可防止咽下肌群发生失用性萎缩,提高舌和咀嚼肌的运动和吞咽反射的灵活性^[10]。

关于吞咽困难的训练包括张口训练、口唇包住鼓气训练、伸舌训练、舌舔口角、围绕牙齿打圈、发音等,被动-主动的颈部旋转训练、空咀嚼或嚼口香糖^[4]、捏住喉结做空吞咽动作、指导

患者发音等康复护理。由于人体舌尖前部对咸味特别敏感,使用冰盐水作口腔护理可刺激舌尖味蕾纤维和内脏感觉纤维产生冲动,同时冷刺激吞咽神经产生反射,使触发反射区域变敏感,并通过舌部和喉部运动,促进吞咽反射弧恢复,防止咽部肌肉发生失用性萎缩,提高吞咽反射的功能,从而减轻吞咽困难症状。本研究结果显示,治疗组吞咽功能显效 34 例,有效 40 例,无效 8 例,总有效率 90.2%;对照组显效 16 例,有效 38 例,无效 25 例,总有效率 68.4%,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。说明通过口腔护理刺激后吞咽功能状况有明显改善。

综上所述,用冰生理盐水对脑卒中吞咽功能障碍进行干预,可明显改善吞咽困难程度,对恢复患者口腔进食,提高患者生活质量具有一定的意义。

参考文献

- [1] 杨蓉,周东. 神经内科护理手册[M]. 北京:科学出版社, 2011:283.
- [2] 马颖,刘红. 卒中后抑郁的发病机制[J]. 国外医学·老年医学分册,2009,30(3):138-139.
- [3] 马新桥. 脑卒中吞咽功能障碍早期两种康复护理方法的比较[J]. 中国实用神经疾病杂志,2011,10(14):82-83.
- [4] 张启东,王晓青,耿永梅. 脑卒中吞咽功能障碍的康复治疗[J]. 中国康复,2011,2(26):16.
- [5] 谢昆玲. 电针配合开窍利咽冰棒治疗脑卒中后吞咽困难的临床研究[J]. 中国医药指南,2011,12(9):437-438.
- [6] 殷永梅. 早期康复护理干预对脑卒中吞咽功能障碍患者的影响[J]. 实用心脑血管病杂志,2012,10(20):1724-1725.
- [7] 陈晓玲,符肖. 吞咽功能训练在脑卒中后吞咽障碍患者中的应用[J]. 海南医学,2011,8(11):123-124.
- [8] 李银玲,刘秀芳. 急性脑卒中吞咽功能障碍患者的康复护理[J]. 基层医学论坛,2012,8(16):3202-3203.
- [9] 王拥军. 卒中单元[M]. 北京:科学技术文献出版社, 2004:258.
- [10] 贾建平. 神经病学[M]. 6 版. 北京:人民卫生出版社, 2008:6.

(收稿日期:2014-01-04 修回日期:2014-05-26)

儿科危重症患儿心理护理探讨

杨玉芳,张舒梅,黄凌雁(广州医学院附属深圳沙井医院儿科,广东深圳 518104)

【摘要】目的 探讨儿科危重症患儿心理护理的临床效果。**方法** 选择广州医学院附属深圳沙井医院儿科 2011 年 10 月至 2013 年 2 月收治的 224 例危重症患儿,按照护理方法分为观察组和对照组,每组各 112 例。对照组采用常规心理护理干预,观察组采用针对性心理护理干预,比较两组患儿的心理行为反应和护理满意度。**结果** 护理前,两组患儿的心理行为反应相当。护理后,观察组分离性焦虑率为 16.1%、控制感丧失率为 8.9%、疼痛率为 20.5%,明显低于对照组的 28.6%、21.4%和 54.5%,差异均有统计学意义($P<0.05$)。观察组护理满意度为 86.6%,明显高于对照组 57.1%,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 针对危重症患儿心理特征予以针对性护理干预有助于改善心理行为,可提高护理满意度。

【关键词】 危重症患儿; 针对性心理护理; 心理行为; 护理满意度

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.20.060 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)20-2928-03

危重症患儿需要及时进行全面、持续、系统和严密的监护和救治^[1-2]。危重症患儿需要全天 24 h 监护,不但承受疾病带

来的痛苦,还要承受与家长分离的痛苦和到陌生环境的恐惧,进而产生一系列不良心理行为反应,影响康复。护理专业是对人类的关怀,包括心理、躯体和全社会的全方位照顾^[3]。采取有针对性的心理护理干预改善患儿的心理行为是提高患儿治愈率和家长满意度的关键。因此,本院特纳入收治 112 例危重症患儿予以针对性护理干预,效果满意,现报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 选择本院 2011 年 10 月至 2013 年 2 月收治的 224 例危重症患儿为研究对象,其中呼吸系统疾病 122 例、心血管系统疾病 42 例、神经系统疾病 24 例、血液系统疾病 10 例、泌尿系统疾病 6 例、消化系统疾病 16 例和各种中毒性疾病 4 例。其中幼儿 168 例,学龄前儿童 28 例,学龄期儿童 28 例。根据护理方法将患者分为观察组和对照组,每组各 112 例。观察组男 48 例,女 64 例,年龄 2~12 岁,平均(4.7±2.8)岁;对照组男 50 例,女 62 例,年龄 3~14 岁,平均(4.8±2.5)岁。两组患儿在性别、年龄和疾病等基线特征方面大体一致。

1.2 方法 对照组采用常规心理护理干预,观察组采用针对性心理护理干预。护理小组根据文献检索和护理经验等总结危重症患儿的心理特点为恐惧、分离性焦虑、行为退化、控制感丧失和羞涩等。观察组护理人员针对上述特征采取针对性护理措施,包括以下几个方面。(1)营造轻松愉快的病房环境:音乐可以影响人的生理活动,尤其是情绪^[4]。因此,护理人员选放轻松愉快的儿歌音乐调剂和改善患儿心理,转移患儿注意力,使患儿恐惧感和精神紧张度降低,有利于治疗疾病。(2)促进了解,减少分离性焦虑:安排固定的护理人员护理患儿,即“一对一”护理。护理人员及时向家长了解患儿饮食起居习惯、表达方式、惯用词汇和性格等。护理人员用各种交流方式建立与患儿的信任关系,尊重和保护患儿自尊心,亲切地抚摸和搂抱婴儿,体贴幼儿和学龄期儿童,减少陌生感。尽量减少患儿与父母的分离,增加父母的探视时间和次数,同时对家长应严格消毒,避免感染。(3)减少控制感丧失率:减少对患儿的肢体约束,增加活动空间和时间。护理和治疗尽量配合患儿的作息规律,鼓励患儿主动性,力所能及地完成洗脸和穿衣等事务,转移注意力。(4)疼痛护理:操作动作必须轻柔,避免操作引起的不适和疼痛,采用转移注意力法减轻患儿疼痛感和暗示性语言分散注意力。(5)消除患儿及家属对疾病的焦虑:加强对患儿的精神鼓励,及时向患儿及家属介绍所处环境,对各项检查及结果视情况告知患儿家属;如需进行急诊手术向患儿及家属介绍手术情况。(6)加强与患儿的沟通交流,解除其孤独压抑感,主动安排患儿的饮食起居,在不影响治疗的前提下,鼓励家属进行探视。

1.3 判断和评估标准 护理前后,由护理人员根据汉密顿焦虑量表(HAMA)^[4]评价分离焦虑,直觉心理压力量表(CPSS)^[5]评价控制感丧失和数字评分(VAS)^[6]评价疼痛反应,统计各种心理行为反应的发生率。患者满意度评价标准采用自制满意度调查表调查患儿监护人进行评价:包括 6 项内容,总计 6 分,≥4 分为满意,3 分为基本满意,≤2 分为不满意;满意度为满意和基本满意的患者百分数。

1.4 统计学处理 应用 SPSS16.0 统计软件对结果进行统计分析,计数资料采用百分率表示,比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 则差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿护理干预前后心理行为反应比较 护理前两组患儿的心理行为反应相当。护理后观察组分离性焦虑率为 16.1%(18/112)、控制感丧失率为 8.9%(10/112),疼痛率为

20.5%(23/112),显著低于对照组的 28.6%(32/112)、21.4%(24/112)和 54.5%(61/112),差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.2 两组护理满意度比较 观察组护理满意度为 86.6%,明显高于对照组的 57.1%,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组护理满意度比较[n(%)]

组别	n	满意	基本满意	不满意	满意度
观察组	112	75(67.0)	22(19.6)	15(13.4)	97(86.6) ^a
对照组	112	37(33.0)	27(24.1)	48(42.8)	64(57.1)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3 讨论

儿科危重症患儿起病急,病情进展迅速,临床病死率较高。患儿危重症临床类型为呼吸系统、心血管系统、神经系统等疾病,如新生儿呼吸窘迫综合征、急性呼吸衰竭、小儿惊厥、急性颅内压升高等。有研究认为,针对危重症患儿的心理特点加强心理护理干预,有助于促进患儿早期脱离危险期,对身心康复、健康成长有重要意义^[7]。对危重症患儿的康复护理,要将医护-患儿-患儿家长作为一个整体,加强合作与沟通,对患儿及家长的心理特征进行分析,针对存在的心理问题予以人性化、恰当的护理,进行躯体、心理、社会的全方位护理,以患儿为中心,提高护理满意度及护理质量,降低医疗纠纷,促进患儿早日康复。

本院护理小组根据文献检索和护理经验等总结危重症患儿的心理特点,发现患儿具有恐惧、分离性焦虑、行为退化、控制感丧失和羞涩等心理。(1)恐惧:危重症患儿一旦进入陌生环境,接触陌生医护人员,就会缺乏安全感。此外,病房内特殊设施如负压吸引器的噪声、24 h 监护仪器的报警声及医护人员紧张、严肃的表情等均会增加患儿的恐惧心理^[8]。患儿的恐惧感会引起自主神经活动变化,增加血液内肾上腺素浓度,升高血压,导致心悸、肌张力下降、呼吸加快、失眠、皮肤苍白、腹泻和尿频等,不利于患儿康复。(2)分离性焦虑:儿童对父母依赖性强,一旦住进病房与父母分开会产生被遗弃和被惩罚的错觉^[9-10],表现为分离性焦虑。分离性焦虑一般分为三期,首先是抗议期,表现为连续呼喊父母、拳打脚踢拒绝护理和治疗。其次是失望期,表现为失望、悲观、压抑、无精打采和毫无兴趣,对周围事物不予理睬,孤立自己,当父母探视时委屈哭泣。最后是否认期,表现为假装融入周围环境,心情看似愉快,压抑对父母的想念和感情,父母探视时满不在乎,不会哭泣^[11-12]。(3)行为退化,控制力丧失:疾病带来的痛楚使患儿采取哭闹等方式逃避和宣泄,表现为不吃饭、不喝奶、剧烈哭闹、故意尿床和过度依赖等。(4)羞涩心理:学龄前儿童和个别早熟患儿会有性心理和性别差异,当治疗需要暴露身体隐私部位时,患儿表现为胆怯和羞涩,拒不配合治疗^[13-15]。

本院对危重症患儿护理前调查发现,两组患儿的心理行为反应相当。护理后,观察组分离性焦虑率为 16.1%,明显低于对照组的 28.6%,差异有统计学意义($P < 0.05$),说明对儿科危重症患儿予以针对性心理护理可明显降低患儿的分离焦虑。观察组患儿的控制感丧失率为 8.9%、疼痛率为 20.5%,明显低于对照组的 21.4%和 54.5%,说明对儿科危重症患儿予以针对性心理护理措施可明显降低治疗过程中的疼痛感,提升患儿的自控力,与徐颖^[15]的研究结果大体一致。同时观察组护理满意度为 86.6%,明显高于对照组 57.1%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

综上所述,对儿科危重症患儿予以针对性心理护理措施,

可明显降低患儿的分离焦虑感、治疗中的疼痛感及控制力丧失,提升患儿及家属的护理满意度,促进患儿早日康复,值得临床推广。

参考文献

- [1] 邹桂娟,吴志娟,孙春霞,等. Orem 自理理论在患儿家属自护教育中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2012, 18(31):3779-3781.
- [2] 胡晓光,喻文亮,钱素云,等. 危重呼吸衰竭患儿的救治与转归[J]. 中华急诊医学杂志, 2011, 20(5):459-463.
- [3] 李文晴,董建英. PICU 重症患儿疼痛护理的研究进展[J]. 中华现代护理杂志, 2012, 18(6):718-720.
- [4] 王若凡. 影响 PICU 护士心理状态的因素及对策[C]// 2011 全国儿科护理学术交流会议论文集, 2011:482-484.
- [5] 许艳华. 儿科重症监护病房患儿及患儿家长的心理护理[J]. 全科护理, 2013, 11(8):728-729.
- [6] 冷雪娟. 临终关怀在儿童重症监护室的实施[J]. 中华现代护理杂志, 2010, 16(18):2166-2167.
- [7] 施春柳,王燕平,罗会结,等. 程序化管理在儿科重症监护室护理工作中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2010, 16(36):4434-4436.
- [8] Carnevale F, Gaudreault J. The experience of critically ill

children: A phenomenological study of discomfort and comfort[J]. Dynamics, 2013, 24(1):19-27.

- [9] 喻文亮. 重症患儿镇静深度的临床评估与客观评估[J]. 中华急诊医学杂志, 2011, 20(5):557-560.
- [10] 朱媛媛,杨小红,陈霞,等. 浅析护理干预对 PICU 患儿家属焦虑心理的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2013, 17(2):104-106.
- [11] 王丽丽,张志红,景珏,等. 机械通气下危重患儿院内转运的护理探讨[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2011, 14(6):60-62.
- [12] 于文凤,王岩梅,陈莉萍,等. PICU 患儿家属心理状况调查及护理干预[J]. 齐鲁护理杂志, 2010, 16(30):41-42.
- [13] Alexander SA, Ren DX, Gunn SR, et al. Interleukin 6 and apolipoproteins as predictors of acute brain dysfunction and survival in critical care patients[J]. Am J Critical Care, 2014, 23(1):49-57.
- [14] 杨晓莹,赵作华. 心理干预模式对 PICU 患儿的影响[J]. 中国妇幼保健, 2009, 24(14):1933-1935.
- [15] 徐颖. 儿科重症监护室中放弃治疗患儿家长的心理护理[J]. 中国误诊学杂志, 2009, 9(14):3345-3346.

(收稿日期:2014-01-06 修回日期:2014-07-10)

细节干预措施对消毒供应中心护理质量的影响

张丽丽(江苏省中医院消毒供应中心,南京 210000)

【摘要】 目的 探讨细节干预措施对消毒供应中心护理质量的影响。方法 以江苏省中医院消毒供应中心为研究对象,从回收组、清洗组、包装组、灭菌组及发放组各流程组中的物品偏差数、器具的消毒质量、各科室对消毒供应中心的满意度等方面,对 2012 年 7~12 月实施细节干预措施后及 2012 年 1~6 月实施细节干预措施前消毒供应中心的工作进行评价及对比。结果 实施细节干预措施后回收组、清洗组、包装组、灭菌组及发放组的偏差数明显低于实施前,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。实施细节干预措施后器具的管腔清洗、棉布包装、包装标识、器械附件丢失及湿包等工作质量合格例数明显高于实施前,差异有统计学意义($P < 0.05$)。细节干预措施实施后各科室医务人员对消毒供应中心的满意度明显高于实施前,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 细节干预措施能有效提高消毒供应中心的工作质量,提高各临床科室对消毒供应中心的满意度。

【关键词】 细节干预措施; 消毒供应中心; 护理质量

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.20.061 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)20-2930-03

医院的消毒供应中心是医院各种医疗器械、物品消毒的重要场所,因此消毒供应中心的工作质量和医院的感染关系密切,与患者的安危息息相关。2009 年 12 月卫生部颁布的卫生行业标准对消毒供应中心提出了更严格的要求,医院必须抛弃以单纯定期检查为中心的传统管理模式,医院结合自身实际,制定科学有效的管理方法,形成自我监控的质量管理保障体系,即由消毒供应中心员工自身控制消毒灭菌质量到统计检查质量控制,再到质检员、消毒供应中心护士长、护理部及医院感染科监督控制环环相扣的控制体系^[1-2]。2012 年 7 月起,本院在不断改革与探索管理方式的过程中,建立了消毒供应中心细节干预措施管理模式,在消毒品的回收、清洗、包装、灭菌及发放整个过程中取得了较好的效果。现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 以江苏省中医院消毒供应中心为研究对象,2012 年 7~12 月实施相关细节干预措施并进行评价,并与 2012 年 1~6 月细节干预措施实施前的情况进行比较。

1.2 细节干预措施 本院在消毒供应中心实施细节干预措施有如下具体情况。(1)人员组成:按岗位分为护士长、护士、消毒员及工人,其中护士占总人数的二分之一,均为正规专业院校毕业,受过专业培训,消毒员和工人均为培训考核合格后上岗,并定期进行专业知识与职业规范等方面的继续教育。(2)硬件条件:按国家行业标准,经专业设计院设计消毒供应中心的场地及设备,保证全院消毒工作有序、高效地完成。(3)组织架构:消毒供应中心设立以护士长-组长-组员为中心的三级质量控制管理架构,另设质检员岗位与清洁区、去污区小组长等关键岗位,质检员和小组长由经过培训的专业护理人员兼职,负责细节干预措施管理工作执行情况的检查,每次检查情况汇总后向护士长报告。另外根据消毒供应中心工作流程进行细化,成立回收组、清洗组、包装组、灭菌组及发放组,每个组都有相应的工作流程。(4)消毒供应中心的质量管理:制定相关的管理工作制度、职责、工作标准、流程、预案等管理文件,为细节干预措施的执行提供依据。(5)工作人员的内部培训:针对细