

强化护理干预在提高消化性溃疡患者护理质量及护理满意度中的作用

赵晓云¹, 石艳艳² (陕西省铜川市人民医院: 1. 内科; 2. 儿科 727031)

【摘要】 目的 探讨强化护理干预对消化性溃疡患者护理质量及护理满意度的影响。**方法** 选择该院 2011 年 1 月至 2014 年 6 月收治的消化性溃疡患者 120 例, 随机分为对照组和观察组, 每组 60 例。对照组采用常规护理, 观察组采用强化护理干预, 比较两组护理质量评分和患者满意度。**结果** 观察组治疗总有效率、护理质量各项评分、护理满意度均明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 消化性溃疡患者护理中实施强化护理干预可有效提高护理质量及护理满意度, 且有利于提高治疗效果, 值得临床推广应用。

【关键词】 强化护理干预; 消化性溃疡; 护理满意度

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2015. 13. 068 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2015)13-1964-02

消化性溃疡作为一种临床中常见疾病, 有着多发性的特点, 发病群体较为广泛。疾病治疗过程中精心有效的护理措施对于提高治疗效果, 促进患者康复有着重要的意义。强化护理干预是在护理干预基础上进一步强化各项护理活动的服务, 为探讨其对消化性溃疡患者护理质量及满意度的影响, 特选取本院收治的患者作为研究对象, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院 2011 年 1 月至 2014 年 6 月收治的消化性溃疡患者 120 例, 男 71 例, 女 49 例, 均行胃镜检查, 确诊为消化性溃疡。将 120 例患者随机分为对照组 (60 例), 男 36 例, 女 24 例, 年龄 17~75 岁, 平均 (40.6 ± 2.3) 岁; 观察组 60 例, 男 35 例, 女 25 例, 年龄 16~74 岁, 平均 (40.6 ± 2.3) 岁。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 对照组给予常规护理, 包括保持病房干净整洁、告知必要的健康知识等。观察组在对照组基础上, 实施强化护理干预。(1) 心理护理干预: 消化性溃疡患者在疾病发作的时候, 身体上备受疼痛的折磨之外, 同时其心理也会存在一定的影响。患者入院后, 了解其家庭情况、社会背景等基础情况, 评估其心理状态, 寻找可能引起患者负性情绪的原因, 以此为依据给予针对性心理护理, 积极耐心地为患者讲解一些成功的典型案例, 提高病患战胜消化性溃疡疾病的信心。对患者进行亲切的言语交流, 面带微笑询问患者的身体状况, 将患者的安全感增加, 消除患者的恐惧消极心理, 从根本上获得患者的大力支持。对患者的各项检查和治疗有着轻柔的动作, 保持患者有着积极乐观的心理状态;(2) 饮食护理干预: 对患者实施严格的饮食护理, 为消化性溃疡患者订制合理的饮食结构, 引导患者保持良好的饮食习惯; 另一方面加强患者的饮食监督, 避免辛辣食物以及生冷油腻食物, 禁止患者饮酒, 将肠道的蠕动最大程度上减缓。嘱咐患者进食时应细嚼慢咽, 以增加唾液分泌, 稀释中和胃酸, 提高黏膜屏障作用。少食多餐, 避免饮食过饱, 以防止胃窦过度扩张, 增加胃泌素分泌, 睡前不宜进食;(3) 用药指导干预: 加强患者的用药指导, 规范患者的用药行为, 对消化性溃疡患者的服药情况及时加以了解, 并对患者的病情变化进行观察, 嘱咐患者严格按照相关服药标准进行服药, 嘱咐患者尽量不要服用可引起出血或加重溃疡的药物, 如利血平等,

若患者必须服用此类药物, 则尽量选择肠溶剂型或遵医嘱减小剂量, 间断应用, 对患者的服药进行正确规范性的指导, 避免服药过程不良反应的产生;(4) 健康教育干预: 对患者进行健康教育干预, 在患者入院之后, 首先对患者的病情进行一定的评估, 及时向患者介绍医院病房的环境以及病房的相关制度, 并定期在医院举办一些专题讲座, 对消化性溃疡的病因以及其发病机制进行详细的讲解。并针对消化性溃疡患者的实际情况, 量身制订一定的健康教育计划, 对卫生知识进行宣教, 为了防止患者幽门螺杆菌的传染, 对患者餐具消毒, 并大量讲解烟酒对消化性溃疡的危害, 增强患者的危机意识, 并提高患者戒烟酒的信心。

1.3 观察指标 采用本院制订的《护理质量考核评分标准》对护理质量进行评价, 评分项目包括健康教育、基础护理、病房管理、护理文书书写 4 项, 每项总分 100 分, 分数越高则护理质量越好; 采用科室自制满意度调查问卷, 对患者护理满意度进行评价, 在患者离开医院前发放问卷, 问卷共包括 20 个项目, 总分 100 分, 分数越高则护理满意度越高。

1.4 疗效评定标准 对患者均进行胃镜检查, 观察患者症状缓解程度。显效: 患者的症状完全消失, 仅仅留有瘢痕。有效: 患者的症状有所缓解, 并且胃溃疡面积减少量大于 50%, 同时留有瘢痕。无效: 患者的症状没有任何改善, 并且胃溃疡面积减少量小于 50%。总有效例数为有效例数和显效例数的总和。

1.5 统计学处理 采用 PEMS3.1 软件处理, 计数资料以率表示, 采用 χ^2 检验, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 t 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 观察组治疗总有效率明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($\chi^2 = 4.218, P = 0.040$), 见表 1。

2.2 两组护理质量评分比较 与对照组进行比较, 观察组健康教育、基础护理等各项指标评分均更高 ($P < 0.05$), 见表 2。

2.3 两组护理满意度的比较 观察组患者满意度评分 85~100 分, 平均 (93.6 ± 2.3) 分; 对照组消化性溃疡患者护理满意度评分 65~90 分, 平均 (82.5 ± 3.1) 分, 两组比较, 观察组患者护理满意度评分明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($t = 22.274, P = 0.000$)。

表 1 两组消化性溃疡患者临床疗效比较					
组别	<i>n</i>	显效(<i>n</i>)	有效(<i>n</i>)	无效(<i>n</i>)	总有效率[<i>n</i> (%)]
观察组	60	25	28	7	53(88.33)
对照组	60	18	25	17	43(71.67)

表 2 两组消化性溃疡患者护理质量评分比较($\bar{x}\pm s$,分)					
组别	<i>n</i>	健康教育	基础护理	病房管理	护理文书书写
观察组	60	97.2±2.2	95.3±1.4	92.2±3.6	93.8±3.1
对照组	60	82.3±3.5	81.6±2.7	80.4±2.9	81.3±2.7
χ^2		27.918	34.892	19.772	23.553
<i>P</i>		0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨 论

消化性溃疡是常见的一种消化系统疾病,有着极高的发病率,其病因主要是由于饮食和生活习惯的不规律引起的胃肠功能紊乱,进而产生消化性溃疡。消化性溃疡主要是由幽门螺杆菌感染引起的,同时药物的滥用以及极大的精神压力也是其主要的病因^[1-2]。临床表现主要为疼痛、明显消瘦以及黑便等症状,短期伴有恶心、呕吐、疲乏无力。消化性溃疡可并发出血、穿孔等并发症,部分可发生癌变^[3-4],威胁患者生命健康。临床治疗除常规应用药物治疗外,还需加强患者生活、饮食方面的护理指导。护理干预是在一定的科学理论和护理诊断指导下,按照事先预订的护理方案对患者实施护理服务的护理方法,临床研究发现,对消化性溃疡患者实施护理干预可有效提高治疗效果及患者生活质量^[5-6]。

现代研究表明,心理因素在消化性溃疡发病中有着重要的作用,本病的治疗效果也与患者的心理状态有着密切的关系,大量的研究发现,对消化性溃疡患者实施心理护理干预可有效改善患者疼痛程度、负面情绪,同时有利于提高药物治疗效果,降低复发率^[7-9]。饮食指导也是消化性溃疡治疗中的主要辅助手段,在 H2 受体拮抗剂出现以前,饮食疗法曾是该病的主要治疗手段^[10]。此外,消化性溃疡的发生与患者生活习惯也有一定的关系,因此在护理中也应当加强对患者健康宣教,临床研究发现,对消化性溃疡患者实施健康教育有利于改善患者的焦虑症状,引导患者参与到康复治疗中,促进溃疡的愈合^[11]。在药物治疗的过程中,还要做好药物指导,合理用药,以降低药物不良反应的发生率。

本院在对消化性溃疡患者进行护理时,对护理干预措施进行进一步的强化,通过有针对性、目的性的方法,对患者进行量身定做的心理护理干预、饮食护理干预、健康教育干预以及用药指引干预,使患者对消化性溃疡疾病的病因以及其发病机制有着清楚的掌握,并正确看待消化性溃疡疾病,患者的情绪明显比护理干预之前高涨饱满,对于战胜疾病的信心明显增加。且患者的不良生活行为得到明显改善,患者戒烟酒的信心更加

坚决,从而促进溃疡的愈合。刘彦等^[12]研究发现,在消化性溃疡患者护理中应用强化护理干预还可有效提高患者遵医依从性。同时在对消化性溃疡患者采取强化护理干预的过程中,不仅仅建立了良好的医患关系,同时在一定程度上培养了护理人员的服务意识,并加强了护理人员的综合管理。从研究结果来看,实施强化护理干预的观察组患者临床疗效、护理质量评分及患者满意度均较对照组更高,表明了强化护理干预措施的有效性。

综上所述,在消化性溃疡患者护理中实施强化护理干预,可有效地提高护理质量和患者护理满意度,有利于提高疾病治疗效果,对于促进患者康复,构建良好的医患关系均有着重要的意义。

参考文献

[1] 钟敏,王永霞. 浅析消化性溃疡常见的病因及预防对策[J]. 当代医药论丛,2014(11):34-35.

[2] HSU PI. New look at antiplatelet agent-related peptic ulcer;an update of prevention and treatment[J]. J Gastroenterol Hepatol,2012,27(4):654-661.

[3] 刁哲欣. 中西医结合治疗消化性溃疡活动期 36 例临床观察[J]. 河北中医,2012,34(4):547-548.

[4] Youn YH, Park YJ, Kim JH, et al. Weekend and night-time effect on the prognosis of peptic ulcer bleeding[J]. World J Gastroenterol,2012,18(27):3578-3584.

[5] 马成芳,金巧馨. 护理干预辅助治疗消化性溃疡临床分析[J]. 护士进修杂志,2013,28(3):279-280.

[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] 吴群华. 心理护理干预对消化性溃疡患者心理状态及疗效的影响[J]. 中国药业,2012,21(3):64-65.

[8] 雷玉娥. 心理护理联合三联药物治疗消化性溃疡的效果观察[J]. 实用临床医药杂志,2013,17(18):108-110.

[9] 徐凤莲,罗利飞. 心理护理对药物治疗消化性溃疡的疗效及复发的影响[J]. 中国药物与临床,2012,12(11):1512-1513.

[10] 黄艳. 消化性溃疡患者饮食护理分析[J]. 吉林医学,2014,10(15):3363-3363.

[11] 庞素珍. 健康教育对消化性溃疡患者自我护理能力的影响[J]. 国际护理学杂志,2013,32(10):2341-2342.

[12] 刘彦,邓嘉,李建英,等. 强化护理干预对消化性溃疡病人遵医依从性的影响[J]. 全科护理,2013,11(18):1656-1657.