

观、抑郁、焦虑等不良情绪<sup>[4-5]</sup>。本组研究结果显示,观察组患者护理满意度、抑郁自评量表评分、焦虑自评量表评分以及透析并发症发生率均明显优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。舒适护理可以帮助患者调整不良情绪,使患者以积极、乐观的态度面对疾病,提高其战胜疾病的信心,从而积极配合治疗。家庭、社会支持对患者生活质量的提高也有积极的影响<sup>[6-7]</sup>。本组研究结果显示,观察组患者护理、抑郁自评、焦虑自评量表评分以及透析并发症发生率均显示优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。患者家属对患者的支持和理解可以减轻患者的心理压力,增加治疗信心,在建立良好家庭氛围的同时,提高患者自身的生活质量<sup>[8]</sup>。因此,应鼓励患者家属在患者透析治疗期间给予患者更多的鼓励和陪护。本研究中,对照组和观察组患者在透析期间均出现了不同程度的焦虑、抑郁等不良情绪,对患者的生活质量产生一定的影响。因此,护理人员应为患者提供相应的教育材料,使患者对透析治疗有足够的心理准备,也应及时发现患者在透析过程中出现的不良心理反应,以便给予足够的心理干预。

综上所述,通过不断完善舒适护理的内涵,更好地为患者服务,必然赢得患者的信任、肯定和尊重,从而有效地提高患者的满意度,促进患者的康复。

#### 参考文献

[1] 陈春燕,全晓国.舒适护理对留置胃管患者的症状和焦虑

改善的效果观察[J].广东医学院学报,2010,28(1):83-84.

[2] 毛慧萍,顾琴红,孙君珍.结肠癌和直肠癌术后围化疗期患者胃肠外营养与自我效能水平的相关性研究[J].护理与康复,2009,8(6):455-456.

[3] 钟莉.舒适护理在腹腔镜胆囊切除术中的应用[J].临床合理用药,2011,4(3):24-25.

[4] 熊岑,徐丽.脑卒中合并下肢深静脉血栓的预防及护理探讨[J].中华现代护理杂志,2009,6(23):2121-2122.

[5] 冯静.护理干预对癌症患者家属负性心理的影响[J].齐鲁护理杂志,2011,17(19):117-118.

[6] 丁建华,谢晶,李香莉.心理疏导在心血管内科护理中的作用[J].2012,10(5):1359-1360.

[7] 孙花,方慧玲,兰云霞.开展转科护理访视对护理满意度的影响及效果评价[J].中国实用神经疾病杂志,2011,14(18):8-9.

[8] 车驰,杜以利.重症心血管疾病患者的心理特点和护理体会[J].海军医学杂志,2011,32(2):136-137.

(收稿日期:2013-11-12 修回日期:2014-01-26)

## 优质护理服务在“三无”患者的应用效果分析

蔡桂程(海南省海口市第三人民医院外科 571100)

**【摘要】** 目的 探讨优质护理服务对“三无”患者临床疗效的影响。方法 选取海口市第三人民医院 2012 年 9 月至 2013 年 4 月收治的 92 例“三无”患者为研究对象,按照 1:1 比例随机分为对照组与观察组,每组各 46 例。对照组给予常规护理,观察组给予优质护理服务,并对两组患者的治疗效果及心理状况进行统计学分析。结果 观察组患者的抑郁及焦虑评分分别为(29.73±7.09)分、(31.46±6.76)分,明显低于对照组的(42.09±7.18)分、(44.57±7.15)分;观察组满意度为 97.50%,明显高于对照组的 78.05%;观察组患者药物漏服率为 4.55%明显低于对照组的 32.61%,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 优质护理服务可全面改善“三无”患者的不良情绪,增加患者服药依从行为,使“三无”患者重新估计自我价值,提高生活质量,值得临床推广应用。

**【关键词】** 优质护理服务; 三无患者; 应用效果

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.06.061 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)06-0847-03

“三无”患者是指无任何生活来源、无劳动能力、无法定抚养义务人的患者,随着我国现代经济的快速发展,城市流动人口的不断增加,“三无”患者的群体也在不断增大,由于“三无”患者的特殊性,其心理障碍、治疗的配合度均较正常患者弱,临床治疗难度也较正常患者大<sup>[1]</sup>。因而,采取有效的护理措施,改善“三无”患者的心理障碍,提高“三无”患者的配合度,对“三无”患者的治疗及预后均有重要影响。本研究以本院 2012 年 9 月至 2013 年 4 月收治的 92 例“三无”患者为研究对象,分别给予常规护理和优质护理服务,重点探讨优质护理在“三无”患者治疗中的应用效果,现将结果报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取本院 2012 年 9 月至 2013 年 4 月收治的“三无”患者 92 例为研究对象,所有患者均经临床症状、影像学检查及病理检查联合确诊。按照 1:1 比例随机分为两组,每

组各 46 例,其中对照组男 31 例,女 15 例,年龄 50~88 岁,平均(66.41±9.09)岁;外伤 26 例,内伤 20 例;观察组男 30 例,女 16 例,年龄 50~88 岁,平均(67.33±8.74)岁;外伤 29 例,内伤 17 例,两组患者在年龄、性别、病程等一般资料比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

**1.2 方法** 根据患者病情及症状给予对症支持治疗,其中对照组给予常规护理,包括保证患者每天所需热量,注意保暖,保持病房环境等;观察组患者给予优质护理服务,具体措施如下。

**1.2.1 心理护理** “三无”患者因常年居无定所,无人关心,生活条件恶劣等原因,致使其存在不同程度的心理障碍,对治疗产生不利影响。因而,护理人员应加强与“三无”患者的沟通,了解患者心理状况,并根据患者的表现,采取个体化的心理干预措施,多给予患者关心<sup>[2-3]</sup>。对于心理障碍较严重的患者,可请专业心理治疗师进行指导;对部分沟通能力差的“三无”患者

需要及时、反复宣教,以使患者重新估计自己的价值,提高配合性。

**1.2.2 生活护理** “三无”患者无任何生活来源、无劳动能力,生活条件差,入院时衣不避体,全身恶臭,病情危重,自理能力极差<sup>[4]</sup>。入院后,护士长应主动安排3人对患者的个人、物品等进行清洁并对患者进行日常生活照护;同时组织医院的医务人员及病友为“三无”患者捐衣物,使“三无”患者得到尊重。

**1.2.3 用药指导** 由于本组收集的“三无”患者,老年患者居多,且有部分患者还存在一定程度的精神障碍,服药依从性较差,漏服、少服现象较严重。因而,护理人员应按按时按剂量将药物发给患者,并在患者服药后离开;同时告知患者药物治疗的重要性,使患者能够遵照医嘱按时、按剂量服药。

**1.2.4 健康教育** 根据“三无”患者年龄、理解能力、精神状况等,采取个体化的教育方式。让患者注意自我保护,注意卫生、饮食,并告知患者医院情况,精神正常患者可自行在院内活动,精神异常患者可在护士陪同下适当加强锻炼,以增强体质,加快康复。

**1.3 观察指标** 观察两组患者心理状况变化,并对两组患者药物漏服、少服现象,按照漏服率=(漏服例数+少服)/总例数×100%计算;同时采用自制的调查问卷对“三无”患者对护理人员的护理工作满意度进行调查<sup>[5]</sup>。心理状况<sup>[6]</sup>;采用Zung抑郁自评量表(SDS)用焦虑评价量表(SAS)对患者的抑郁及焦虑情况进行评定。抑郁情绪评定:小于50分为正常;>50~60分为轻度抑郁;>60~70为中度抑;大于70分为重度抑郁。焦虑评价标准:SAS共包含20个与抑郁焦虑症状相关的项目,主要统计指标为总分,把20个项目的得分相加为粗分,粗分乘以1.25后取整数,即得到标准分。评定的分界值均为50分,标准分越高,患者越趋于抑郁、焦虑等不良情况。

**1.4 统计学处理** 采用SPSS17.0软件对数据进行统计学分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间比较行独立样本 $t$ 检验,两组资料组内比较采用配对设计 $t$ 检验;计数资料以率或构成比表示,行 $\chi^2$ 检验;以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

**2 结 果**

**2.1 两组患者心理状况分析** 对照组患者有5例精神障碍,观察组6例精神障碍患者心理状况无缓解,未对其进行统计学分析。其余正常患者,护理前SDS、SAS评分差异无统计学意义( $P > 0.05$ );护理干预后,两组患者抑郁及焦虑评分均有明显改善;观察组患者抑郁及焦虑情况改善程度明显优于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ),结果见表1。

表1 两组患者心理状况比较分析( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	n	抑郁评分		焦虑评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	40	58.19±6.56	29.73±7.09 <sup>ab</sup>	62.11±7.80	31.46±6.76 <sup>ab</sup>
对照组	41	59.17±6.06	42.09±7.18 <sup>a</sup>	63.05±8.01	44.57±7.15 <sup>a</sup>

注:与本组护理前比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ ;与对照组比较,<sup>b</sup> $P < 0.05$ 。

**2.2 两组患者药物服务情况分析** 观察组服药正常者44例,不服2例,漏服率为4.55%;对照组服药正常者31例,漏服10例,不服5例,漏服率为32.61%,两组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),结果见表2。

**2.3 两组患者满意度分析** 排除各组存在精神障碍患者,对

照组非常满意20例,满意12例,不满意9例,总体满意度为78.05%;观察组非常满意20例,满意12例,不满意9例,总体满意度为97.50%,两组比较差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ),结果见表3。

表2 两组患者药物服务情况分析[n(%)]

组别	n	正常	漏服	少服	漏服率(%)
观察组	46	44(95.65)	0(0.00)	2(4.55)	4.55 <sup>a</sup>
对照组	46	31(67.39)	10(21.74)	5(10.87)	32.61 <sup>a</sup>

注:与对照组比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

表3 两组患者满意度分析[n(%)]

组别	n	非常满意	满意	不满意	总体满意度
观察组	40	29(72.5)	10(25.0)	1(2.5)	97.50 <sup>a</sup>
对照组	41	20(48.78)	12(29.27)	9(21.95)	78.05

注:与对照组比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

**3 讨 论**

“三无”人员是社会中特殊的群体,尤其在患病后,无人陪伴、照顾,较易出现严重的恐惧、抑郁、焦虑等心理,在一定程度上给治疗带来诸多困难<sup>[7]</sup>。因而,寻求有利的措施,提高“三无”患者治疗期间的配合性,使其充分认识自身价值,是提高“三无”患者治疗效果,减轻政府及社会压力的重要保证<sup>[8]</sup>。

随着护理学科快速发展,护理在疾病治疗及转归中的作用更加突出,2010年我国开始全面开展优质护理示范工程。优质护理的核心是真正做到坚持“以患者为中心”的人性化护理服务模式。无论患者身份、社会地位,均要把人性化服务全面落实到患者的住院治疗中,从而满足患者的独特需求,消除负面情绪,缩短康复时间,提高生活质量<sup>[9-10]</sup>。“三无”患者无论是在生理、心理、社会上均处于弱势状态,因而,其更应得到更好的护理服务,而传统护理模式,护士是被动按照医嘱执行护理工作,对于“三无”患者,这一护理模式无法保证患者得到有效的治疗<sup>[11]</sup>;而优质护理能够有效拉近“三无”患者与医务人员之间距离,增加患者对医务人员的信任,使患者在整个治疗过程中均能得到有助于个体疾病康复的健康教育和医疗服务。

本研究结果显示,采取优质护理服务后,排除两组的精神障碍患者,观察组“三无”患者的抑郁及焦虑评分分别为(29.73±7.09)分、(31.46±6.76)分,明显低于对照组的(42.09±7.18)分、(44.57±7.15)分;观察组“三无”患者满意度为97.50%,明显高于对照组的78.05%,两组比较差异均具有统计学意义( $P < 0.05$ ),这与以往研究结果一致<sup>[12]</sup>。这可能是由于优质护理密切了“三无”患者与医务人员的关系,纠正了“三无”患者不良生活行为,使其重新认识了自身价值。进而说明优质护理服务可明显改善“三无”患者的抑郁、焦虑心理状况,提高患者对护理工作的满意度。药物服务情况结果显示,观察组漏服率为4.55%,明显低于对照组的32.61%,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ),说明优质护理服务后,可减少患者服药不依从行为,降低漏服、少服现象,进一步提高患者的治疗效果,减轻“三无”患者痛苦<sup>[13]</sup>。

综上所述,“三无”患者因个体的特殊性,心理压力较大,临床治疗困难,而优质护理服务可全面改善患者的不良情绪,提

高患者对护理人员的满意度,减少服药不依从行为,使“三无”患者重新估计自我价值,提高生活质量,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 梁玉琴,刘金红,李文颖,等.“三无”患者的临床救治及护理安全[J]. 河北医药,2013,35(4):617-618.  
 [2] 韩君,汤丰榕,徐丽娟,等.开展“优质护理服务示范工程”活动的效果分析[J]. 解放军护理杂志,2011,28(8):63-66.  
 [3] 黎瑞红,李小燕,姜丽,等.人性化服务在急诊 ICU 病房“优质护理服务示范工程”中的实践[J]. 湖北医药学院学报,2011,30(3):339-340.  
 [4] Hopkins JE,Loeb SJ,Fick DM. Beyond satisfaction, what service users expect of inpatient mental health care: a literature review[J]. J Psychiatr Ment Health Nurs, 2009, 16(10):927-937.  
 [5] 常立阳,冯志仙,邵荣雅,等.住院患者护理满意度测评量表的构建[J]. 中华护理杂志,2012,47(5):454-456.  
 [6] Pryor J. A nursing perspective on the relationship be-

tween nursing and allied health in inpatient rehabilitation [J]. Disabil Rehabil, 2008, 30(4):314-322.  
 [7] 毛永霞. 优质护理服务在医院感染控制中的作用[J]. 中华医院感染学杂志, 2011, 21(16):3433-3434.  
 [8] 张培琴,熊江艳. 开展优质护理服务存在的问题与对策[J]. 护士进修杂志, 2010, 25(16):1472-1473.  
 [9] 颜桂兰,李国祥,苟欣,等. 优质护理在微创治疗胆总管结石中的应用[J]. 护士进修杂志, 2012, 2(3):281-282.  
 [10] 杨亚芳. 以人为本在精神科护理管理中的应用[J]. 中国实用护理杂志, 2011, 27(30):64-65.  
 [11] 黄桂玲. 病人对护理工作满意度调查表在“优质护理服务示范工程”中的应用[J]. 护理研究, 2011, 25(8):724-725.  
 [12] 陈靖,陈玉琴,何捷. 优质护理服务示范工程临床护理效果观察[J]. 重庆医学, 2011, 40(9):929-930.  
 [13] 陈世容. 传染科“三无病人”护理管理体会[J]. 护理实践与研究, 2013, 10(9):100-101.

(收稿日期:2013-09-12 修回日期:2013-11-26)

# 优质护理管理模式在高校医院门诊雾化吸入治疗慢性咽喉炎护理中的应用效果观察

龙彩英(广西师范大学医院,广西桂林 541004)

**【摘要】** 目的 探究优质护理管理模式在高校医院门诊雾化吸入治疗慢性咽喉炎护理中的应用效果。方法 选择 2011 年 2 月至 2013 年 2 月广西师范大学医院耳鼻喉科门诊进行雾化吸入治疗的 110 例慢性咽喉炎患者,随机分为试验组和对照组各 55 例,分别采用优质护理管理模式与传统护理模式护理,比较两组的负性情绪状况与满意率。结果 试验组负性情绪改善程度、满意率均高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 与传统护理模式相比,优质护理管理模式在高校医院门诊雾化吸入治疗慢性咽喉炎护理中具有明显的优势,值得在慢性咽喉炎护理中推广此模式。

**【关键词】** 优质护理管理模式; 高校医院门诊; 慢性咽喉炎护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.06.062 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)06-0849-03

慢性咽喉炎是咽部黏膜非特异性慢性炎性反应,多发于成年人,病程长,难治愈,严重影响患者的正常工作和生活。因此需要医护人员精心护理,减轻病痛对患者工作和生活的影响,提高其生活质量<sup>[1-3]</sup>。本研究将 110 例雾化吸入治疗的慢性咽喉炎患者用优质护理管理模式与传统护理模式护理作对比。阐述了优质护理管理模式的优势,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2011 年 2 月至 2013 年 2 月本院耳鼻喉科门诊进行雾化吸入治疗的 110 例慢性咽喉炎患者,包括学生、老师与各类工作人员。随机分为试验组和对照组各 55 例,其中试验组女 23 例,男 32 例,年龄 20~72 岁,平均年龄(46.5±4.96)岁。对照组女 21 例,男 34 例,年龄 19~70 岁,平均年龄(44.3±5.02)岁。110 例患者咽喉部均有异物感,干、痒、胀,分泌物多而灼痛,确诊为慢性咽喉炎。两组患者在性别、年龄、病情等方面比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),组间具有可比性。

## 1.2 方法

**1.2.1 常规护理模式** 对照组患者用传统方法进行护理,操作前保持治疗环境的干净、通风,室温和湿度分别保持在 18~

21℃和 53%~64%<sup>[4]</sup>。室内不能有易引起过敏的物质,避免刺激患者呼吸道。根据患者体温、痰液黏稠度、咽喉部充血水肿等情况选择雾化吸入时间和吸入频次<sup>[5-7]</sup>。治疗开始时让患者采取坐位借助体质量使雾滴沉淀到终末支气管及肺泡,让患者在吸入前先咳痰,吸入治疗时须慢慢吸入雾气,呼气时闭口,防止雾气溢出。当出现胸闷、呼吸困难、剧烈咳嗽等情况时,暂停吸入雾气,马上通知医生。为观察病情,在每次雾化吸入前测量患者体温并了解患者咽痛情况和咽部充血水肿消退情况,协助患者排痰,观察痰液的颜色、质、量等变化<sup>[8-9]</sup>。根据病情调节吸入的雾量,观察患者的反应、面色、心率变化和吸入的雾量大小,如出现异常情况须暂停并分析原因以对症治疗。操作结束后帮助患者排除稀释后的痰液,观察排除痰液的颜色以及量,然后按照无菌原则清洗、消毒,防止细菌滋生。常规吸入治疗一般选在饭后 2 h 进行,每日 2 次,每次吸入时间 15~20 min。

**1.2.2 优质护理管理模式** 对试验组患者在常规护理的基础上给予优质护理管理模式。治疗前为患者及其家属讲解有关雾化吸入的目的、操作方法、相对于传统治疗方法的优势等相关注意事项及一些如何防治慢性咽喉炎的知识。并对患者采