

会患者及家属气管套管的护理方法及保护措施,加强营养物质的摄入;适当锻炼,增强机体抵抗力;禁烟酒,定期复查;如出现发音困难,吞咽困难,颈部淋巴结肿大,痰中带血,造瘘口破溃、感染,新生物等异常情况应及时就诊。

1.3 观察指标 两组患者进行护理干预后,采取患者自行填写 SAS、SDS 表及发放满意度问卷对患者进行调查。通过评分并依据医学护理效果评估指标对护理质量加以评价,并对所有患者干预后心理状况及临床资料进行回顾性对比分析。

1.4 统计学处理 采用 SPSS12.0 软件进行数据处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

所有患者均顺利完成手术。经过有效实施护理干预措施,观察组患者围术期心理焦虑、抑郁情况明显优于对照组,患者住院天数及问卷满意度调查也显著优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组患者围术期心理情况、住院天数及满意程度对比

组别	n	患者围术期心理情况[n(%)]		住院天数 ($\bar{x} \pm s, d$)	患者问卷满意度 [n(%)]
		焦虑	抑郁		
对照组	30	22(73.3)	21(70.0)	34.5 \pm 5.2	24(80.0)
观察组	30	6(20.0)	4(13.3)	24.7 \pm 4.8	30(100.0)
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

喉癌是临床上比较常见的恶性肿瘤之一,且发病率也呈逐渐上升趋势。但随着医疗技术的不断进步,对喉癌患者进行喉切除手术已非常成功的开展,并成为临床治疗的首选方式。但由于手术的大面积喉切除,对患者造成暂时或永久性的发声功能丧失,生存质量急剧下降,故此给患者带来强烈的心理冲击及精神压力^[9],无法积极配合治疗。同时,由于担心手术的风险、效果及预后等因素,患者往往会产生多种不良的心理负担,严重影响手术及治疗方案的开展。通过对患者实施系统化的心理干预,改变患者认知,采取个性化的健康教育等多种手段,

• 临床护理 •

能够显著的缓解患者的焦虑及抑郁心理,为手术的成功开展创造有利条件^[10],进而挽救患者生命。本研究显示,所有患者均成功完成手术。经过有效实施护理干预措施,观察组患者产生焦虑及抑郁的指标显著优于对照组,患者住院天数及问卷满意度调查也明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

综上所述,正确有效的护理干预措施对缓解喉癌患者围术期的焦虑、恐惧、抑郁心理有着显著的作用。使患者主动接受并配合手术治疗,以求进一步提高手术成功率及临床疗效,增强喉癌患者战胜疾病的信心,尽可能提高其术后的生存质量。

参考文献:

- [1] 毕重丽. 喉癌手术 10 例心理护理及康复指导[J]. 齐鲁护理杂志, 2007, 13(18): 84-84.
- [2] 郝敏, 刘晓红. 对喉癌术后患者心理健康指导的探讨[J]. 中国社区医师: 医学专业, 2011, 13(22): 317-317.
- [3] 郝雅萍. 浅谈喉癌术后患者的呼吸道管理[J]. 中外健康文摘, 2011, 8(25): 325-326.
- [4] 吕亚静, 吴艳钦. 喉癌患者术后不舒适原因分析及护理对策[J]. 中国实用护理杂志, 2010, 26(17): 50-51.
- [5] 刘桂梅, 曾小芬, 廖学娜, 等. 自护教育和护理包使用对无喉患者的效果观察[J]. 中国实用护理杂志, 2009, 25(8): 1-4.
- [6] 蒋小红. 中晚期喉癌切除及喉功能重建的围术期护理[J]. 浙江实用医学, 2011, 16(3): 226-228.
- [7] 巩绪华. 喉癌患者围手术期护理[J]. 现代中西医结合杂志, 2006, 15(14): 1987-1989.
- [8] 吕家其. 护理干预对喉癌患者心理和生活质量的影响[J]. 检验医学与临床, 2011, 8(23): 2860-2861.
- [9] 盛海燕, 周丽红, 杨秀谨, 等. 综合护理干预对喉癌患者生活质量的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2011, 17(11): 15-17.
- [10] 赵梅君, 杨学梅, 杨从艳, 等. 护理干预对喉癌术后带管患者生活质量的影响[J]. 中华全科医学, 2012, 10(9): 1480-1492.

(收稿日期: 2013-10-08 修回日期: 2014-01-12)

健康教育路径对 168 例脑卒中吞咽障碍患者吞咽能力的影响*

王爱丽¹, 王燕^{1△}, 李保兰², 冯丽华¹

(重庆市第三人民医院: 1. 神经科; 2. 护理部 400014)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2014.13.056

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2014)13-1670-03

脑卒中又称脑中风, 是一组急性起病, 由脑部血液循环障碍导致以弥漫性或局灶性脑功能缺失为共同特征的脑血管病^[1]。吞咽障碍是脑卒中常见的并发症^[2], 如不及时采取有效的康复训练, 则会延长患者的住院时间、增加病死率, 致使卒中

预后不良^[3], 目前, 尚无该病满意的治愈方法。因此, 作者以临床护理路径(CNP)为指导, 对脑卒中吞咽障碍患者建立从入院到出院的健康教育路径, 帮助患者掌握疾病相关知识, 提高其自护能力, 提高患者对护理人员的满意度。现将健康教育路径

* 基金项目: 重庆市卫生局医学科研计划基金资助项目(2011-2-331)。 作者简介: 王爱丽(1962-), 主管护师, 中专, 主要从事临床护理工作。 △ 通讯作者, Tel: 13650551847; E-mail: 365870504@qq.com。

在脑卒中吞咽障碍患者中的应用效果进行总结,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2011 年 4 月至 2013 年 4 月在本科住院的 168 例脑卒中吞咽障碍患者,入组标准:经头颅 CT/MRI 证实为脑卒中患者;符合 1995 年全国脑血管病会议制订的诊断标准;生命体征平稳、意识清楚;吞咽障碍诊断明确。排除标准:吞咽障碍诊断不明确;因口腔疾病不能经口进食者;不合作者;昏迷者^[4]。按护理方法的不同分为对照组和观察组各 84 例,观察组男 59 例,女 25 例,年龄 51~85 岁,平均(64±6.9)岁;对照组男 58 例,女 26 例,年龄 53~86 岁,平均(65±6.7)岁。两组患者在吞咽障碍程度、性别、年龄等一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组采取常规护理方法,采用传统方法实施健康教育,住院期间随机进行健康教育,没有专人负责。

1.2.2 观察组以临床护理路径(CNP)为指导,整合以患者为中心的健康教育路径,并严格按照其路径对患者实施护理^[5]。

1.2.2.1 健康教育路径的制订 首先,要充分了解和评估患者对健康教育的需求,由责任护士、主管医生、护士长征求意见、查阅文献、收集资料,并结合本科实际共同制订脑卒中吞咽障碍健康教育路径表。其主要内容如下:入院 24 h 内,健康教育内容:介绍医院、病房环境、主管医师、责任护士及探视、陪护制度;教育方式:与患者及家属一道阅读入院介绍。入院第 1 周内,健康教育内容:(1)介绍脑卒中疾病知识及脑卒中吞咽障碍的治疗方法,消除患者恐惧焦虑心理,使患者树立战胜疾病的信心。(2)介绍脑卒中吞咽障碍的康复方法及评价标准。(3)饮食指导:根据患者的吞咽能力,选用流质、半流质饮食,以低盐、低脂、高蛋白、高维生素为主。教育方式:(1)评估患者病情、吞咽能力,采用“一对一”方式讲解。按其吞咽能力制订分级康复护理路径,协助患者选择相应路径。(2)采取集体讲座的形式对家属及陪伴进行培训。入院第 2 周内,健康教育内容:(1)讲解治疗原发病(糖尿病、高血压)的重要性。(2)介绍早期康复训练的注意事项及意义,并讲解吞咽能力分级康复训练的要点(基础训练、进食训练)及并发症的预防知识(吸入性肺炎、营养不良等)。教育方式:采取现场讲解,指导患者早期进行吞咽功能康复训练,并要求家属掌握吞咽能力分级康复训练相应要点。入院第 2 周后至出院前几天,健康教育内容:(1)对患者及家属所学康复护理知识的掌握和运用情况进行评估,并现场考核责任护士的教育方式。(2)每周发放问卷调查表检查健康教育落实情况。教育方式:随时解决患者在吞咽能力康复训练中出现的问题,纠正不正确的训练方法,同时强化相关知识的教育。发现变异,及时终止健康教育路径。出院的前几天,健康教育内容:帮助患者了解办理出院手续的流程,出院后

出现不适的随诊要点及用药、休息、运动、复诊时间。对患者及家属进行分级吞咽功能训练的强化培训,并行定期复诊指导和电话随访,也可转入社区卫生服务站继续治疗。教育方式:(1)讲解、发放书面材料、并示范操作。(2)发放问卷调查表。(3)登记患者的通讯地址及电话号码,同时将神经科电话号码告诉患者,并介绍出院后延续护理的方式或社区卫生服务站的联系方式。

1.2.2.2 健康教育路径实施方法 实施过程由护士长、责任组长、责任护士和主管医师共同完成。(1)患者入院时,由当班护士或责任护士填写入院评估表,向患者及时介绍住院环境、责任护士、主管医生、科主任及护士长。把患者的特别要求记录在健康教育路径表的备注栏内,以便实施时参照。给患者发放健康教育路径表,同时向患者及家属解释健康教育路径的内容及意义,取得配合。(2)每日责任护士按照路径上的内容和患者的需求进行健康教育,并采取口头提问的方式对健康教育效果进行评价,把患者未掌握的内容写在备注栏内,然后根据患者和家属的接受能力进行反复讲解、强化,直至其掌握。对已执行且患者确实掌握教育内容后,由责任护士和患者(或家属)共同在健康教育路径表上签名。(3)责任组长负责对患者每一康复阶段进行效果评价,定期检查患者和家属对疾病及康复训练知识的掌握情况及现场考核责任护士的教育方式,对患者进行双向考核,既了解教与学的效果和存在的问题,又能及时决定是否继续或修改健康教育路径表^[6]。(4)护士长全程督导,采用戴明(PDCA)循环对健康教育路径中出现的问题予以纠正,对薄弱环节做进一步强化训练,如发现问题及时处理,使其更加完善。(5)执行健康教育路径期间,应及早地发现、记录健康教育路径的变异,并对其进行仔细分析,以便确定变异原因,寻求解决的途径^[7]。对变异程度超过健康教育路径调节能力的病例,经小组讨论后方可中止其路径,实行个案医疗^[8]。

1.3 评价方法 入院时和出院前对两组患者采用洼田饮水试验吞咽能力分级标准予以评定,出院时对每例患者采用本院护理部设计的“患者满意度调查表”进行问卷调查。并比较两组患者平均住院时间、平均医疗费用、健康知识掌握程度。

1.4 统计学处理 采用 SPSS17.0 软件进行统计学分析,计数资料采用 χ^2 检验;计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验,以 $P<0.01$ 为差异有统计学意义。

2 结果

观察组患者平均住院时间、住院费用明显少于对照组($P<0.01$);观察组健康知识知晓率(96.43%)和患者满意度(95.23%)均高于对照组(78.57%,77.38%, $P<0.01$);观察组疗效有效率(94.05%)优于对照组(79.76%)($P<0.01$),其中,满意度(%)=(非常满意+满意)/84×100%;疗效有效率(%)=(显效+有效)/84×100%,见表 1。

表 1 两组患者评价指标的比较($n=84$)

组别	住院时间 ($\bar{x} \pm s, d$)	住院费用 ($\bar{x} \pm s, 万元$)	疗效(n)			健康知识知晓 (n)	患者满意度(n)			
			显效	有效	无效		非常满意	满意	一般	不满意
观察组	13.73±2.13*	1.96±0.27*	59	20	5	81	57	23	4	0
对照组	19.54±3.63	2.98±0.59	38	29	17	66	18	47	17	2

3 讨 论

CNP 是医护人员为某一疾病的康复所制订的有严格工作程序、准确时间要求的护理计划,是为了减少资源浪费及促进患者康复,使患者获得最佳的护理服务^[9]。对脑卒中吞咽障碍患者实施健康教育路径优点如下:(1)护士能按预定的内容实施,护理评价及时,实施到位。做到健康教育制度化、规范化。患者和家属掌握了相关康复知识及训练方法,增强了患者对医护人员的信任感,提高了患者及家属的满意度。(2)明确护士介入康复训练的时间及内容,护士能遵循路径对患者实施治疗和护理,工作效率得到提高;患者及家属主动参与疾病护理、健康教育计划,患者拥有知情权,更愿意接受治疗。(3)责任护士能严格按护理路径进行工作,做到有预见性和计划性。并能提高低年资护士学习专科知识的积极性,使其不断提升业务素质 and 自身素质。

本文结果显示,观察组患者平均住院时间、住院费用明显少于对照组;患者满意度显著高于对照组;观察组治疗有效率优于对照组。这充分说明对脑卒中吞咽障碍患者实施健康教育路径,不仅能提高患者和家属对护理工作的满意度,还能提高患者及家属对疾病的认知程度,消除患者的恐惧心理,增强患者对治疗的信心,改善吞咽功能,提高临床疗效,节约医疗成本,值得临床推广应用。

参考文献:

[1] 杨莘. 神经疾病护理学[M]. 北京:人民卫生出版社,

• 临床护理 •

2005:99-102.

- [2] 孟昭远,李平. 脑卒中危险因素研究进展[J]. 中国慢性病预防与控制,2008,16(5):549-551.
- [3] 胡玮琳,李保兰,冯丽华,等. 分级康复护理对老年脑卒中患者吞咽能力的影响[J]. 重庆医学,2012,41(19):2000-2001.
- [4] 冯丽华,沈军,郑娜. 个体化康复训练对长期鼻饲的脑卒中患者吞咽能力的影响[J]. 激光杂志,2011,32(2):90-91.
- [5] 宋敏. 脑出血患者护理中临床护理路径的效果分析[J]. 中国医学工程,2012,20(10):175.
- [6] 杨春玲,张瑞敏. 临床护理路径[M]. 北京:军事医学科学出版社,2009:15-25.
- [7] Verdú A, Maestre A, López P, et al. Clinical pathways as a healthcare tool: design, implementation and assessment of a clinical pathway for lower-extremity deep venous thrombosis[J]. Qual Saf Health Care, 2009, 18(4): 314-320.
- [8] 魏晓琼,郑显兰. 临床路径变异分析研究现状[J]. 中国护理管理,2011,11(7):15-17.
- [9] 秦淑慧. 临床护理路径在脑梗死患者护理中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2012,18(6):19-20.

(收稿日期:2013-10-08 修回日期:2014-01-22)

三级医院综合 ICU 新护士培养模式探讨*

任 丽¹, 叶和梅^{2△}, 刘 娟³

(重庆市中山医院:1. 重症医学科;2. 护理部;3. 科教科 400013)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.13.057

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2014)13-1672-03

ICU 是医院的重要病房单元,更是护理单元的重中之重^[1-2]。综合 ICU 收治全院各科室危重症患者,患者病情重,病情变化快,且 ICU 集中了全院先进医疗设备,存在仪器操作复杂、工作量大、突发事件多等特点,对护理人员的专业技能和综合素质都有极高的要求。新进护士需尽快掌握各项操作技能,且建立良好的 ICU 系统护理理念,这使 ICU 新护士的培养工作面临新的挑战。传统新护士培养通常采用导师一对一带教的模式^[3]。由于导师带教过程中具有教法各异、标准不一、风格不同等情况,导致护士的成长速度不一,理论素养和临床实践能力参差不齐^[4-5]。为了让新护士以最佳状态尽快融入 ICU 工作,以培养出一支训练有素的综合 ICU 护理队伍,作者尝试用新的培养模式——导师指导与《综合 ICU 规范化培训手册》理论指导相结合。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾分析本科室近年来按照传统带教模式成长起来的护士 14 名,将其分到对照组;本科室近 1 年来新招聘

护士 14 名按新的培养模式进行培养,列为实验组。28 名护士均为女性,年龄 20~29 岁,其中,12 名大专,16 名本科。两组带教老师及进行综合评估的患者、医生、科室其他护士等人员在学历、年龄、性格等方面差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 实验组培养方法

1.2.1.1 《综合 ICU 规范化培训手册》的制订 (1)成立手册制订小组。结合本院综合 ICU 护士岗位职责及带教经验,以本院《新护士培训指南》为蓝本,参考卫生部《关于实施医院护士岗位管理的指导意见》、《专科护理领域护士培训大纲》等文件,由护理部教学督导组、总护士长、科护士长、科教学组长共同探讨,针对本院综合 ICU 收治患者情况和专科特性,制订出培训手册。手册内容(1)培养目标:通过培训,新护士能熟练掌握 ICU 基本护理理论、操作技能及各专科护理特点,独立胜任 ICU 护理工作。培训涵盖 ICU 病室环境认识、工作职责与规章制度、仪器使用、常见药物配伍禁忌、专科护理技能与质量

* 基金项目:重庆市渝中区科委基金资助项目(20130109)。 作者简介:任丽(1983—),主管护师,本科,主要从事重症医学及护理教育的研究。 △ 通讯作者, Tel:13983393335; E-mail:luckyym@aliyun.com。