

人性化护理对心外科患者的护理分析

余 繁

华中科技大学附属同济医学院附属同济医院 430010

【摘要】目的：探讨人性化护理对心外科患者的护理效果。方法：择取2021年4月-2023年1月时期内于本院心外科接受救治的患者，随机抽取104例为本次研究对象。以抛硬币法将患者划分为甲组、乙组。其中甲组采用人性化护理，乙组则为常规护理，对比各组护理效果。结果：和乙组相比，甲组负性情绪、SF-36量表评分及护理满意度均优于前者，数据对比有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：针对心外科患者，人性化护理模式的运用，可有效疏导患者负性情绪，提高生活质量及护理满意度，值得推广。

【关键词】人性化护理；心外科；负性情绪；生活质量；护理满意度

心外科是心脏结构性病诊疗科室，例如先天性心脏病（法洛四联症、先天畸形等）、二尖瓣/主动脉瓣关闭不全、室间隔/房间隔缺损等病^[1]。针对此，临床手术虽可对疾病予以治疗，但也会遗留身心创伤，使患者面临应激反应，一旦护理不及时/不到位，必将诱发心理障碍，影响预后效果。同时，长时间病房环境也会持续刺激患者精神状态，滋生消极情绪，不利于术后恢复。

人性化护理是近年来新型护理模式，在“以人为本”护理理念下，整改及优化现有护理制度、目标及流程，为患者提高全面且舒适的护理服务，改善心理状态，加快预后恢复^[2]。择取2021年4月-2023年1月时期内于本院心外科接受救治的104例患者，探讨人性化护理的效果。现将报告总结如下：

1、资料与方法

1.1 基本资料

择取2021年4月-2023年1月时期内于本院心外科接受救治的患者，随机抽取104例为本次研究对象。以抛硬币法将患者划分为甲组、乙组，各组52例。

甲组男患者29例、女患者23例；年龄上限76岁、下限32岁，年龄均值（ 41.55 ± 10.33 ）岁；学历层次：20例初中及以上学历、32例初中以下学历。乙组男患者27例、女患者25例；年龄上限78岁、下限34岁，年龄均值（ 42.01 ± 10.39 ）岁；学历层次：19例初中及以上学历、33例初中以下学历。数据对比无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。

1.2 方法

甲组采用人性化护理，即对全科护理人员施行专项技能培训，使之在正确认识和了解“以人为本”思想理念的同时，明确现有护理服务存在的缺陷及不足，及时做好整改，不仅可增强岗位责任心，还可提高服务质量。具体可从以下方面入手：

①环境护理。对于患者而言，不仅对医护人员有陌生感，还会在疾病疼痛、手术恐惧等因素下滋生紧张、悲观等情绪，极易出现人机不协调、非计划性拔管等状况，导致病情恶化，危及生命。此外，由于科室的特殊性，诸多功能监护仪及治疗设备处于运行状态，频繁有机器运转声和报警声等声音出现，影响患者休息。为避免此类状况的出现，可制定心外科常见病健康手册，联合对科室状况的阐述，使患者知晓遵医治疗的必要性^[3]。

②呼吸功能护理。若术前患者伴有呼吸功能不全，可借助深呼吸、

吹气球或呼吸训练器等方式增强肺功能；术后气管插管者，交接班时应详细测量置管深度、气囊压力和肺部呼吸音，特殊情况下应吸痰；定时清理呼吸机冷凝水；拔管后可联合深呼吸、有效咳嗽及雾化吸入等方法，预防肺部并发症^[4]。

③饮食护理。告知患者术后可及时补充新鲜蔬果（糖尿病患者除外），倡导低盐低脂高蛋白饮食原则，少食多餐，纠正错误饮食习惯，避免短时间过量饮水/禁食，否则会加大心脏压力；时刻保持排便畅通，引导患者增加活动量，加快肠蠕动，特别为饭后运动，可缓解症状；日常饮食中也可食用刺激肠蠕动类食物，例如高纤维品及蔬菜等^[5]。

④疼痛护理。按时评估患者术后疼痛程度，依据评分情况采取对应操作，如音乐和阅读等物理疗法，可转移患者注意力，减轻疼痛；松紧适中的胸带可固定体位，辅助减轻疼痛；若疼痛难忍可服用止痛药^[6]。

⑤切口护理。定期查看胸腔切口敷料是否干燥，固定管路且保持畅通，避免管路受压、脱落和打折等问题；麻醉未苏醒时为仰卧位，待苏醒及体征平稳时改为半卧位，抬高床头约 30° - 45° ，促使膈肌下降便于通气和引流。正常情况下，引流瓶位置低于切口60cm，禁止歪斜，搬动时可使用双钳夹管，避免气体进入构成气胸。详细记录引流液颜色、性质及量的变化，若液体量较多且为鲜红/暗红、黏稠且凝血，引流量 $> 200\text{m l/h}$ ，持续3h未见减少，应怀疑是否为心包填塞；出血量较多时，应及时挤压管路预防堵管；术后48-72h，液体量减少、24h内液体量 $< 50\text{m l}$ 、切口未见红肿和分泌物，可拔管^[7]。

⑥体位护理。依据患者舒适度调整最佳体位，待麻醉苏醒时可施行踝泵运动，以踝关节为核心脚趾呈 360° 环绕运动，但应以最大幅度为准；各项指标准许下可下床运动，遵循床上一床边→床下运动原则^[8]。

⑦病情护理。患者镇静期间应随时观察其神志和瞳孔变化，还应评估光反射度，测量体征变化；依据血气指标调整呼吸机参数，保持酸碱、水电解质均衡。

⑧生活护理。由于手术特殊性，术后患者身体布满诸多管道、导联线，应对其肢体予以约束，和皮肤接触面应保持平整，每日均应清除胶布和消毒液残留；以2h为间隔协助患者翻身，调整体位避免组织压疮；早晚均应做好口腔护理，棉球（已用生理盐水浸湿）擦拭，但应确保动作轻柔，仔细观察口腔黏膜变化情况，警惕溃疡；时刻保证会阴干燥清洁，便后及时清理分泌物、排泄物^[9]。

而乙组采用常规护理，即术前访视和宣传教育，术后基础护理、出

院指导等。

1.3 观察指标

负性情绪评分：借助 SAS 量表对患者焦虑状态予以评估，超过 70 分为重度、60-69 分为中度、50-59 分为轻度、低于 50 分为无；借助 SDS 量表对患者抑郁状态予以评估，超过 73 分为重度、63-73 分为中度、53-62 分为轻度、低于 53 分为无^[10]。

SF-36 量表评分：运用 SF-36 量表^[11]对患者护理前后生活质量予以评估，在整合本科室状况调整为 4 个维度，即心理、躯体、社会和情绪，评分越高表明生活质量越佳。

护理总满意度：运用不记名自制满意度量表，评估患者在院期间对医疗服务的满意度，满分为 80 分，70-80 分表明非常满意、40-69 表明满意、< 40 分表明不满意。总满意度=满意度+非常满意度。

1.4 统计学方法

通过统计软件 SPSS 23.0，对本研究数据进行汇总处理。计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示、t 检验；计数资料用 % 表示、 χ^2 检验。P < 0.05 证明数据比较有意义。

2、结果

2.1 对比两组负性情绪评分

和护理前相比，护理后患者负性情绪明显好转，且甲组优于乙组，数据对比有统计学意义（P < 0.05）。见表 1。

表 1 对比两组负性情绪评分[$\bar{x} \pm s$ 、分]

组别	SAS 评分		SDS 评分	
	护理前	护理后	护理前	护理后
甲组/n=52	49.19 ± 4.42	41.08 ± 3.53	47.69 ± 3.32	39.98 ± 2.43
乙组/n=52	49.16 ± 4.38	46.75 ± 4.25	47.33 ± 3.26	45.84 ± 3.19
t 值	0.0348	7.4006	0.5579	10.5376
P	0.9723	0.0000	0.5781	0.0000

2.2 对比两组 SF-36 量表评分

甲组 SF-36 量表评分高于乙组，数据对比有统计学意义（P < 0.05）。见表 2。

表 2 对比两组 SF-36 量表评分[$\bar{x} \pm s$ 、分]

指标	甲组/n=52	乙组/n=52	t 值	P
心理	86.6 ± 10.9	79.3 ± 9.5	3.6407	0.0004
躯体	88.6 ± 8.1	81.3 ± 8.2	4.5671	0.0000
社会	88.9 ± 8.4	81.0 ± 7.9	4.9403	0.0000
情绪	85.6 ± 8.9	78.4 ± 8.2	4.2903	0.0000

2.3 对比两组护理总满意度

甲组护理总满意度 98.08%，高于乙组 82.69%，数据对比有统计学意义（P < 0.05）。见表 3。

表 3 对比两组护理总满意度[n、%]

组别	非常满意	满意	不满意	总满意度
甲组/n=52	47	4	1	51/98.08
乙组/n=52	30	13	9	43/82.69
χ^2 值				7.0809
P				0.0077

3、讨论

心外科患者病情极易反复，还会频发突发状况。于外科手术中，无论是危险系数，还是死亡率，均高于其余疾病手术^[12]。同时，患者和家属还面临生理、心理等多重压力，特别是在陌生环境、疾病认知片面等因素下，滋生消极情绪，阻碍治疗和护理工作的开展，不利于病情恢复。

人性化护理是以常规护理为基础，融合以人为本理念的同时，对护理制度、目标及行为等予以优化，逐步消除患者负性情绪，提高治疗信心及欲望，改善医患关系。特别是在心外科患者中，由于疾病特殊性使患者情绪状态较差，而以患者且切入点，感同身受的护理服务，既可满足其多元化需求，保持身心愉悦，还可加强对疾病的认知和了解，确保各项医疗服务的顺利施行^[13]。研究可知，相较于常规护理，人性化护理更有利于疏导患者负性情绪，提高生活质量，数据对比有统计学意义（P < 0.05）。

综上所述，在心外科患者护理服务中，人性化护理模式的运用既可疏导负性情绪，保持身心愉悦舒畅，还可提高生活质量，避免医疗纠纷。

参考文献：

- [1]陈亚莉. 人性化护理对心外科住院患者焦虑、抑郁等负面情绪的影响[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5 (26): 11-11.
- [2]张珊珊, 陈小佳. 人性化护理对心外科住院患者焦虑、抑郁情绪的影响[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5 (38): 103-104.
- [3]李景丽, 范丽. 试论人性化优质服务对提高心外科手术患者满意度的积极作用[J]. 魅力中国, 2020, 5 (19): 42-42.
- [4]罗儿雪. 人性化护理干预对胸外科手术护理质量的影响分析[J]. 中外医疗, 2020, 39 (33): 127-129.
- [5]张平. 人性化护理对肺癌手术患者生活质量和不良情绪的影响观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7 (8): 133-133.
- [6]王蕾蕾. 研究人性化护理干预对食管癌患者生活质量及护理满意度的影响[J]. 医学美学美容, 2020, 29 (9): 167-168.
- [7]吕妍. 基于 Watson 关怀理论的医护合作型护理在心外科患者中的应用效果[J]. 中国民康医学, 2022, 34 (19): 164-167.
- [8]杨晓露. 人性化护理在心外科手术患者中的应用效果观察[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2019, 19 (75): 339, 348.
- [9]邓素丹. 人性化管理在心胸外科护理管理中的应用及效果分析[J]. 中国社区医师, 2019, 35 (32): 183, 186.
- [10]陈蓉蓉, 康磊. 前馈控制护理在心外科术后心外膜临时起搏器患者中的应用[J]. 临床与病理杂志, 2022, 42 (6): 1449-1453.
- [11]王敏. 某院心外科重症监护室护理人员 MBI-GS 评分的影响因素分析及干预策略[J]. 检验医学与临床, 2022, 19 (2): 271-273.
- [12]王琴英, 汪玲果, 李红文. 基于互动理论下精益护理联合人文关怀在心外科手术中的应用效果及对患者不良反应发生情况、心理状态、护理满意度的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2022, 7 (11): 133-136, 152.
- [13]李兰华, 延丽华, 刘媛. 责任制带教模式联合专题研讨教学法在心外科重症监护室护理实习带教中的应用效果及对手术质量的影响[J]. 科教导刊-电子版(下旬), 2022 (4): 173-174, 188.