

• 护理研究 •

围术期多层次护理在乳腺癌手术中的临床探讨

江畅生 何政国

厦门大学附属第一医院 福建厦门 361000

【摘要】目的 探究多层次护理应用于乳腺癌手术患者中的临床效果。**方法** 以 2016 年 1 月--2017 年 12 月间, 本院收治的 92 例乳腺癌手术患者为研究对象, 征求患者意见后, 经计算机随机软件分为两组, 参照组行常规护理, 研究组给予多层次护理, 对比两组患者的不同时间的 SDS 评分及术后半年的生活质量。**结果** 研究组患者术前半小时及术后次日的 SDS 评分均显著低于参照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 研究组患者术后半年的 QOL 评分也显著高于参照组, 两组差异有统计学意义 ($P<0.05$)。**结论** 围术期给予乳腺癌手术患者多层次护理, 能有效改善患者情绪状况, 提升患者的生活质量, 是理想的护理干预方法, 值得推广。

【关键词】 多层次护理; 乳腺癌; SDS 评分; QOL 评分**【中图分类号】** R473.73**【文献标识码】** A**【文章编号】** 1009-3179 (2018) 08-119-02

乳腺癌是危害女性健康与生命安全的首要疾病, 临床发病率逐年升高, 也越来越为临床所重视, 手术治疗为临床治疗乳腺癌的首选方式, 治疗效果理想。为保证临床治疗效果, 提升患者术后恢复效果和生活质量, 需要给予患者科学有效的护理, 护理工作也是临床工作的重点^[1]。多种护理干预模式及措施被应用, 效果有所差异。多层次护理能够根据患者的具体护理需求给予对应服务, 临床应用效果理想, 本研究及多层次护理在乳腺癌手术患者中的应用效果进行探究, 报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究以 92 例乳腺癌患者为研究对象, 均系 2016 年 1 月-2017 年 12 月间, 来本院接受手术治疗的, 征得患者同意后, 按入院时间排序后, 利用计算机随机软件分配为两组。参照组 46 例, 年龄 48-72 岁, 平均 (61.11 ± 2.31) 岁, 左侧病变 25 例, 右侧病变 18 例, I 期患者 15 例, II 期患者 23 例, III 期患者 8 例, 病程 5 个月-4 年, 平均 (2.51 ± 0.37) 年。研究组 46 例, 年龄 48-72 岁, 平均 (61.11 ± 2.31) 岁, 左侧病变 25 例, 右侧病变 18 例, I 期患者 15 例, II 期患者 23 例, III 期患者 8 例, 病程 6 个月-4 年, 平均 (2.49 ± 0.39) 年。排除合并其他肿瘤患者, 排除血液系统疾病患者, 所有患者预计生存期在半年以上。研究符合医学伦理, 患者知晓详情, 有关证明文件由患者亲自签署。

1.2 方法

参照组: 给予常规护理。(1) 入院宣教: 向患者说明疾病及手术相关注意事项, 指导患者如何正确配合手术操作;(2) 术前准备: 对患者进行全面细致的检查, 了解相关生命体征情况, 确定其身体状况适合进行手术治疗; 对手术所需物品、工具等进行严格查验, 确保数量足够吗, 质量合格;(3) 术中护理: 积极配合医生的手术操作, 注意观察患者生命体征, 出现异常即可报告医生处理;(4) 术后护理: 强化生命体征监测, 帮助患者选择舒适体位, 监督患者用药, 视患者恢复情况, 指导患者循序渐进的进行恢复锻炼。

研究组: 在参照组护理基础上, 进行多层次护理。(1) 生理层面的护理: 术前, 进行术前访视, 详细了解患者身体状况, 确保病房卫生和保暖状况, 确保患者生理舒适感; 术中, 确保手术室环境安静舒适, 调整适宜的温湿度; 术后, 强化切

口处理及基础护理, 确保创口洁净干燥, 尽量避免感染及切口开裂等情况的发生;(2) 安全层面的护理: 术前, 加强巡视, 向患者说明手术方案的可行性和安全性, 帮助患者树立信心, 减轻忧虑感, 提前带领患者熟悉手术是患者及相关人员, 缓解陌生感; 术中: 帮助患者进行正确体位摆放, 保证患者舒适, 注意做好保温工作, 避免患者受凉, 严密监测相关仪器的运行及示数等, 动态掌握患者安全状况以科学应对; 术后, 做好患者的转运工作, 避免切口牵拉, 与病房负责人员做好交接, 准确掌握患者情况;(3) 更高层次护理^[2]: 术前, 向患者传达尊重和鼓励, 劝慰患者能正视身体即将发生的变化, 帮助患者认识到自己的价值所在, 帮助患者以最佳的身心状况接受手术; 术中, 注意保护患者隐私, 尽量遮挡隐私部位; 术后, 鼓励患者接受自身变化, 倾听患者倾诉并予以针对性疏导, 尽量保持患者平和心态, 鼓励患者积极融入集体和社会生活。

1.3 观察指标

对比两组手术时间、切口愈合时间及术后住院时间。比较两组患者半年后的 QOL 评分结果。QOL 评分涉及患者饮食、睡眠等 12 个层面的状况评价, 满分 60 分, 评分越高, 生活质量越好^[3]。

1.4 统计学方法

利用 SPSS21.0 软件行统计学处理, 相关评分以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 行 t 检验, 检验结果参考 P 值, 界值 0.05, 低于该值, 有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者不同时间 SDS 评分对比结果

护理前, 两组 SDS 评分接近, 经护理, 均有所下降, 研究组评分下降更多, 术前半小时及术后次日的评分与参照组对比, 差异均有统计学意义 ($P<0.05$); 详见表 1

表 1: 两组患者不同时间 SDS 评分情况 [$(\bar{x} \pm s)$, 分]

分组	例数	护理前	术前半小时	术后次日
参照组	46	56.12 $\pm$ 3.71	48.13 $\pm$ 2.15	42.16 $\pm$ 1.77
研究组	46	56.27 $\pm$ 3.67	45.11 $\pm$ 2.03	39.12 $\pm$ 1.59
t		0.195	6.927	8.666
P		0.846	0.001	0.001

2.2 两组患者手术半年后生活质量对比结果

随访结果显示, 手术半年后, 研究组患者的 QOL 评分为

(下转第 121 页)

研究组 ESCA 总分及各维度评分均显著高于对照组 (均 $p < 0.05$), 差异具有统计学意义。见表 1。

表 1: 干预前后研究组与对照组 ESCA 评分及各维度评分的比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (n)	干预前				
		自我护理技能 (分)	自护责任感 (分)	自我概念 (分)	健康知识水平 (分)	ESCA 总分 (分)
研究组	60	27.15±2.88	19.98±2.11	20.36±2.35	29.51±3.27	98.26±10.25
对照组	60	26.84±2.59	19.85±2.03	20.14±2.28	29.28±3.15	97.85±10.11
t 值		0.620	0.344	0.520	0.392	0.221
p 值		0.536	0.732	0.604	0.695	0.826

组别	例数 (n)	干预后				
		自我护理技能 (分)	自护责任感 (分)	自我概念 (分)	健康知识水平 (分)	ESCA 总分 (分)
研究组	60	37.55±4.12	28.66±3.18	30.88±3.27	38.64±4.34	148.66±18.67
对照组	60	30.47±3.57	22.55±2.95	23.61±2.59	32.50±3.75	112.41±15.40
t 值		10.060	10.911	13.500	8.292	11.602
p 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

协同护理模式起源于美国, 已形成较完整的协调护理模式程序, 被认为是优化护理程序、提高病人生活质量、保证病人生命安全、改善健康结局的重要方式。在我国, 由于医疗护理资料不足, 临床护士难以充分满足病人的所有护理需求, 致使护理人员既要担任护理者、管理者、维护者的角色, 又要承担教育者、支持者和协调者的角色, 特别是针对慢性病患者。协同护理模式是根据 Orem 自理理论提出的一种新型护理模, 改变了以往“灌输式教育”, 建立“伙伴性关系”, 通过家属的督促、护士的鼓励、社会的支持, 促使病人自觉遵从, 自愿建立科学、健康的生活方式, 提高病人的自我护理能力。本研究利用协同护理模式的特点, 邀请病人和家属主动参与护理, 使护患关系建立为“伙伴性关系”, 有利于新的“护患协同”模式的形成, 促使病人由被动接受护理转化为自我护理。病人在护士、病人、家属、社会的多方努力下, 成立协同护理团队, 优化护理程序, 提高护理效率, 提供优质服务,

促进病人身心健康。数据显示, 两组心力衰竭患者在干预前的 ESCA 总分及各维度评分均差异不大 (均 $p > 0.05$), 这是由于心力衰竭被认为是所有心脏病的最终阶段, 患者的生活质量很差, 严重影响了自我护理能力; 干预后, 研究组 ESCA 总分及各维度评分均显著高于对照组 (均 $p < 0.05$), 说明应用协同护理模式后, 心衰患者的自我护理能力有了明显提高。

综上所述, 协同护理模式作为一种综合护理服务干预模式, 能以其独特的理念和技能, 促进病人及家属共同参与护理, 最大限度发挥潜能, 共同解决各种健康问题, 使病人自我护理技能、自我责任感等明显提高, 从而提升病人自我护理能力和改善生活质量。

参考文献:

- [1] 常红娟, 高敏, 桑文凤. 协同护理模式研究进展 [J]. 护理研究: 中旬版, 2013(4):966-967.
- [2] 陆再英, 钟南山. 内科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008:170-179.

(上接第 119 页)

(51.21±3.17) 分, 远高于参照组的 (43.11±3.05) 分, 差异有统计学意义 ($t=12.488$, $P=0.001$)。

3 讨论

乳腺癌是危害女性健康与安全的第一大杀手, 临床治疗以手术疗法为主, 但手术操作会对患者的身体和心理均造成严重损害, 患者围术期心理压力, 常伴随焦虑、抑郁等, 而由于手术操作的创伤性, 患者术后恢复慢, 加之自身形象有所改变, 对患者的生活质量也会产生不同程度的影响, 因此, 临床十分重视围术期护理^[4]。

常规护理中, 相关的护理措施都相对基础, 虽能基本满足患者的护理需求, 但护理措施不够深入细致, 不能满足患者心理甚至思想等方面的更深层次的护理需求。多层次护理运用层次论相关理论基础, 将患者的需求划分为不同的层次, 并分别采取对应措施予以满足, 护理效果更为理想^[5]。本研究给予研究组患者多层次护理, 收获了理想效果。生理层面上, 细化和深化了基础护理, 能尽量保证患者以最佳身心状态迎接手术; 安全层次上, 不仅保证了患者心理健康状况, 还有效避免由于设备等原因可能产生的危险, 保证了手术的顺利进行; 而在更高层次上, 则超越了心理层面, 从患者自我认

同着手, 给予患者足够的尊重和适宜的鼓励, 保证了患者术后更好地回归和融入社会生活, 对其术后生活质量的提升有重要作用。经护理, 研究组患者的不良情绪改善情况更理想, 术后生活质量更高, 两组差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

综上所述, 将多层次护理应用于乳腺癌手术患者中, 效果理想, 值得推广。

参考文献:

- [1] 崔颖涛, 杨海英, 李阳阳. 临床护理路径在乳腺癌患者围术期的护理效果分析 [J]. 实用临床医药杂志, 2016, 20(18):196-197.
- [2] 田泓, 张超红, 彭见有等. 围术期多层次护理在乳腺癌手术中的应用效果 [J]. 中国当代医药, 2017, 24(25):186-188.
- [3] 刘梅, 滕敬华. 围手术期护理干预对乳腺癌改良根治术患者情绪及疼痛影响 [J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(2):223-225.
- [4] 王莉莉, 王蓓, 韩玲等. 乳腺癌改良根治 I 期乳房重建术的围术期护理 [J]. 现代临床护理, 2016, 15(5):43-47.
- [5] 万润琴, 柳宏梅. 人性化护理对乳腺癌根治术患者心理及预后生活质量的影响 [J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(16):197-199.