

艾滋病患者的人文关怀和综合护理效果

薛 情

枣庄市薛城区疾病预防控制中心, 山东 枣庄 277000

【摘要】 目的 探讨在艾滋病患者的临床护理工作中采取常规护理干预与人文关怀联合综合护理所取得的效果。方法 选择枣庄市薛城区疾病预防控制中心辖区自2022年1月—12月收治的107例艾滋病患者作为临床研究对象, 应此次临床要求将其随机划分为对照组53例(常规护理干预)与54例参考组(人文关怀联合综合护理干预), 护理周期完成后, 对比两组患者护理前后的生活质量、焦虑、抑郁评分、治疗依从性及护理满意度四项数据。结果 综合比较两组患者护理前后的生活质量评分、焦虑、抑郁评分、治疗依从性及护理满意度四项数据得知, 两组患者护理前的生活质量评分、焦虑、抑郁评分比较未见显著差异, 其比较无统计学意义($P>0.05$), 护理后, 参考组患者的生活质量评分显著高于对照组, 并且其治疗依从性与护理满意度也均较对照组显著增加, 其焦虑、抑郁评分则显著低于对照组($P<0.05$)。结果 针对艾滋病患者实施人文关怀与综合护理干预有助于改善其负面心理, 提高其生活质量, 使其积极配合治疗, 是众多艾滋病患者的不二之选, 值得在临床上大力推广应用。

【关键词】 艾滋病; 人文关怀; 综合护理

在临床上, 艾滋病被划定为乙类传染病疾病, 是一种由免疫缺陷病毒诱发的一种传染病类型^[1]。一旦患病, 患者的免疫功能会急剧下降, 病毒通过侵入患者的免疫系统, 导致其失去抗击感染的能力, 从而出现恶心、感染等症状^[2]。随着我国临床医学的快速发展, 艾滋病疾病的诊疗也实现了长足的发展, 通过抗逆转录病毒治疗在各级医疗机构的广泛应用, 有效地帮助患者远离感染的威胁^[3]。但是这种抗逆转录病毒诊疗方法有利也有弊, 其弊端就在于患者在接受治疗的过程中会经常出现多种问题及并发症类型, 这也导致了患者的临床疗效始终不能尽如人意^[4]。为此, 众多临床工作者在给予患者临床治疗的过程中, 提倡针对患者辅以行之有效的临床护理干预手段^[5]。为了深入探究艾滋病患者的人文关怀和综合护理效果, 特选择枣庄市薛城区疾病预防控制中心辖区自2022年1月—12月收治的部分艾滋病患者作为研究对象, 分别给予了不同的临床护理干预手段, 现对其临床效果进行回顾性分析, 具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择枣庄市薛城区疾病预防控制中心辖区自2022年1月—12月收治的107例艾滋病患者纳入至此次临床研究范畴, 首先对其进行随机性的临床分组, 具体分组如下。

对照组男28例, 女25例, 其年龄区间均在28~49岁, 平均年龄为(38.42±2.58)岁; 参考组

男29例, 女25例, 其年龄区间均在25~42岁, 平均年龄为(35.95±2.05)岁。上述两组患者的性别、年龄等基线资料的比较在临床上未见显著差异, 临床上证实其无统计学意义($P>0.05$)。

纳入标准: (1) 经实验室检查结合主治医师诊断确诊为艾滋病病毒感染; (2) 未伴有严重精神、意识、认知障碍; (3) 未合并严重肝、肾功能障碍; (4) 经过我院伦理委员会审核; (5) 自愿参与此次临床调查并签署知情同意书的患者。

排除标准: (1) 伴有严重精神、意识、认知障碍; (2) 合并严重肝、肾功能障碍; (3) 沟通能力不佳的患者。

1.2 方法 对照组指导患者卧床休息, 若患者无法正常进食, 可给予患者静脉补液, 若患者出现严重的发热症状, 需观察其体温变化情况, 一旦其体温达到38.5℃甚至更高, 需适当为患者进行擦浴、热敷等物理降温, 同时积极鼓励患者多饮水, 帮助机体代谢。为了保证患者病房空气清新, 定时为患者的病房开窗通风, 早晚各一次, 每次强制通风的时间以30min为适宜。

参考组护理如下。(1) 人文关怀护理: 患者自入院后, 护理人员需热情接待患者, 并向患者详细介绍我院的临床医生都是临床经验丰富的临床工作者, 让患者深切感受到来自医护人员的关怀和问候。同时, 护理人员还需合理布置患者的病房环境, 确保病房的宽敞明亮、光线充足, 为了确保病房空气湿度的适宜, 合理使用加湿器。考虑到艾滋病是一种慢性的传染病疾病, 患者因为疾病的困扰会导致

其免疫力急剧下降,患者身心均遭受重创,甚至拒不配合护理人员实施的各项护理干预,这也无疑增加了患者的临床护理难度。为此,医护人员在对患者实施临床治疗及护理工作时,需给予患者支持,使其保持积极、乐观向上的心态面对疾病的治疗,以诚恳的态度面对患者,对所有的患者一视同仁,做到不冷落、不逃避。(2)健康宣教:因为人们对艾滋病疾病的片面认知,生活中一旦接触到艾滋病患者,只知道远离,这也让越来越多的艾滋病患者陷入恐慌,一度认为自己所患疾病羞于说出口,甚至在就诊时隐瞒病情。为此,护理人员需加强对患者的疾病宣教,为患者耐心讲解疾病知识,并督促其按时按量服药,切勿随意更改服药剂量,同时指导患者做好充分的心理准备,告知其治疗的过程中出现消化道反应及其他不良反应是一种正常的反应,若症状轻微,可自行缓解,一旦出现严重的不良反应后,需及时与主治医生取得联系。疾控中心需定期联合医疗机构深入各社区、各高校开展艾滋病疾病健康知识讲座,同时针对患者及家属的心理开展专题座谈会,消除患者对于疾病及诊疗、护理工作的负面心理。同时,护理人员在与患者沟通的过程中需保持严谨的态度,不要引起患者的过度恐慌,鼓励患者积极克服不良情绪,以促进其服药依从性的提升,只有确保服药依从性的提升,才能为提高临床疗效奠定良好的物质基础。(3)心理支持:当患者被确诊为艾滋病疾病后,因为该疾病的传染性较强,患者生怕因为自己的疾病而导致众多无辜人群深受其害,继而出现紧张、焦虑等负面心理,担心自己受到家人、朋友甚至是社会的排斥。为此,护理人员需强化患者的心理支持,加强与患者的沟通,耐心倾听患者的主诉,鼓励患者宣泄心中的不满,尊重患者的隐私,以获得患者的信任,使其充分了解到艾滋病疾病的相关知识,逐步消除其对于疾病的错误认知,减轻其负面心理。

1.3 观察指标 统计和比较两组患者护理前后的生活质量评分、焦虑、抑郁评分、治疗依从性及护理满意度四项数据。

(1)生活质量的评定借助SF-36量表来完成,整个量表采用百分制,得分越高,表示患者的生活质量越高^[6]。

(2)焦虑、抑郁评分的衡量分别借助焦虑自评量表(SAS)与抑郁自评量表(SDS)来完成,两项评分量表的分值均与负面情绪成反比,并且其评分标准一致,即测量评分,分值越高,其焦虑、抑郁情绪越严重^[7]。

(3)按照患者治疗依从情况的不同临床上将其划分为完全依从、部分依从与不依从三种,并按照(完全依从+部分依从)/患者总数的公式分别计算出两组患者的治疗依从率。

(4)同治疗依从性的衡量标准一致,按照患者对所给予护理干预满意程度的不同,将其划分为十分满意、满意与不满意三种,护理满意度的计算公式为(十分满意+满意)/患者总数。

1.4 统计学方法 分别用 $(\bar{x} \pm s)$ 与%来表示此次临床研究所得数据中的计量资料与计数资料,并在执行临床检验的过程中借助 χ^2 与 t 作为其临床检验工具,若此次临床研究所得两组患者护理前后的生活质量评分、焦虑、抑郁评分、治疗依从性及护理满意度四项数据的比较差异显著,则以 $P < 0.05$ 来表示。

2 结果

2.1 两组患者护理前后的生活质量评分比较 两组患者护理后的生活质量评分较护理前均提高且参考组高于对照组($P < 0.05$),比较结果如表1所示。

表1 两组患者护理前后的生活质量评分比较结果
($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	护理前	护理后
对照组	53	68.61 ± 1.39	79.65 ± 1.35
参考组	54	68.42 ± 2.07	90.85 ± 1.15
t		0.938	10.892
P		0.427	<0.001

2.2 两组患者护理前后的焦虑、抑郁评分比较 两组患者护理后的焦虑、抑郁评分较护理前降低且参考组低于对照组($P < 0.05$),见表2。

表2 两组患者护理前后的焦虑、抑郁评分比较结果($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	焦虑评分		抑郁评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	53	61.58 ± 1.46	50.12 ± 1.56	62.64 ± 1.38	49.46 ± 1.14
参考组	54	62.14 ± 2.05	40.25 ± 1.75	62.14 ± 1.79	37.44 ± 2.69
t		0.852	12.694	0.845	10.445
P		0.371	<0.001	0.328	<0.001

2.3 两组患者的治疗依从性比较 对照组的53例患者在接受常规护理后,16例对于开展的诊疗工作完全依从、22例患者表现为部分依从、剩余15例患者拒不配合治疗,对所给予的临床治疗工作表现为不依从,计算得知其临床治疗的依从率为71.69%;而在参考组的54例患者在接受人文关怀联合综合护理干预后,其完全依从的患者数量较对照组增加至23例、部分依从的患者数量为30例,仅有1例患者表现为不依从,其治疗的依从率为98.14%,数据结果的比较显而易见,参考组的治疗

依从率显著高于对照组 ($P<0.05$),详见表3。

表3 两组患者的治疗依从性比较结果 [n (%)]

组别	例数	完全依从	部分依从	不依从	依从率
对照组	53	16 (30.18)	22 (41.51)	15 (28.31)	38 (71.69)
参考组	54	23 (42.59)	30 (55.55)	1 (1.86)	53 (98.14)
χ^2					5.467
P					0.004

2.4 两组患者的护理满意度比较 参照组患者的护理满意度高于对照组,如表4所示。

表4 两组患者的护理满意度比较结果 [n (%)]

组别	例数	十分满意	满意	不满意	满意度
对照组	53	17 (32.07)	23 (43.96)	13 (23.97)	40 (76.03)
参考组	54	22 (40.74)	30 (55.55)	2 (3.71)	52 (96.29)
χ^2					7.497
P					0.018

3 讨 论

在临床上,艾滋病是一种典型的传染性疾病,患者一旦遭受艾滋病病毒的入侵,其临床表现为免疫功能的急剧下降^[8]。而就目前来看,艾滋病疾病的临床治疗尚未发现任何的特效药物,这也诱发了因为艾滋病疾病所致的死亡患者数量急剧增加,严重威胁到人们的生命健康。因为该疾病有着较强的传播性,一旦患病,会导致患者的身心受到重创^[9]。所以,众多的临床工作者在给予患者临床治疗的同时,还需辅以行之有效的临床护理干预手段。人文护理着重体现了临床护理工作中以人为本的护理理念,通过对患者实施人性化的护理干预,使其充分感受到被尊重的权利,并促进其积极配合治疗,这也在一定程度上提高了患者治疗的依从性^[10]。而综合护理涵盖了基础护理、心理护理、环境护理等众多护理干预,集上述各项基础护理干预之大成,充分发挥了各种基础护理干预措施之间的协同作用。

在此次临床上,我中心辖区内收治的部分艾滋病患者在接受不同的临床护理干预后,对其临床效果进行分析,结果证实:在应用人文关怀联合综合护理干预后,其生活质量评分由护理前的(68.42±2.07)分增长至(90.85±1.15)分,相较于常规护理组的患者,其提升的空间更大($t=10.892$, $P<0.001$),同时其负面心理也有所减轻,由护理前的(62.14±1.79)分降低至(37.44±2.69)分($t=10.445$, $P<0.001$)。

综上所述,针对艾滋病患者实施人文关怀与综合护理干预有助于改善其负面心理,提高其生活质量,值得在临床上大力推广应用。

参考文献

- [1] 梁秀兰,韦仙梅,汪水霞,何斌.崇左边境地区艾滋病住院患者的人文关怀和综合护理干预研究[J].大众科技,2021,23(7):84-86,90.
- [2] 黄琼琼,朱正信,闫秀芹,等.人文关怀指导在艾滋病患者治疗中的应用价值[J].淮海医药,2021,39(4):418-420.
- [3] 武兰.人文关怀联合综合护理对老年艾滋病患者治疗依从性与生活质量的影响[J].当代护士(中旬刊),2019,26(11):84-86.
- [4] 雷杨.综合护理对艾滋病合并口腔念珠菌感染患者的临床意义研究[J].中国现代药物应用,2019,13(9):161-163.
- [5] 袁志芳.浅析艾滋病患者心理特征及防治中的人文关怀[J].当代医学,2018,24(25):95-98.
- [6] 赵芳,赵静,杨昆,等.艾滋病合并口腔卡波西肉瘤患者的临床护理体会[J].实用医学杂志,2018,34(3):487-489.
- [7] 郭海静,董崇杰.艾滋病患者的人文关怀和综合护理模式及效果分析[J].临床医药文献电子杂志,2017,4(8):1474.
- [8] 叶苏民,苗新霞.综合护理干预对艾滋病患者治疗依从性及生存质量的改善效果观察[J].临床医药文献电子杂志,2017,4(6):1083,1086.
- [9] 马雪莲.护理干预对艾滋病患者治疗依从性影响的研究进展[J].国际护理学杂志,2016,35(11):1441-1444.
- [10] 冯景文.艾滋病患者的人文关怀和综合护理模式及效果[J].江苏预防医学,2015,26(2):112-114.