

老年泌尿外科疾病患者的个性化护理模式应用分析

刘 丽

华中科技大学同济医学院附属同济医院 湖北 武汉 430030

【摘要】目的：分析老年泌尿外科疾病患者的个性化护理模式应用效果。方法：选择时间段为2023年3月-2024年3月期间，在我院进行治疗的泌尿外科患者共120例，将120例患者随机均分为常规组和观察组，两组中各60例患者。常规组的患者使用的是常规护理模式，观察组的患者使用的则是个性化护理模式，对比两组护理满意度、自我效能感、住院时间，自护能力。结果：护理满意度比较，观察组高于常规组， $P<0.05$ ；护理后自我效能感比较，观察组比常规组高， $P<0.05$ ；住院时间比较，观察组低， $P<0.05$ ；自护能力比较，观察组高， $P<0.05$ 。结论：个性化护理用于老年泌尿外科疾病患者，可改善其自我效能感，自护能力，缩短住院时间，提升护理满意度。

【关键词】：老年泌尿外科；个性化护理；护理满意度；自护能力；自我效能感

DOI:10.12417/2705-098X.25.21.038

在泌尿外科领域，老年患者群体的护理问题日益凸显。老年泌尿外科疾病患者年龄跨度较大，不同年龄段的患者在生理机能、疾病特征及恢复能力上存在显著差异^[1]。同时，他们往往承受着较高的心理压力，对疾病的担忧、对治疗效果的不确定以及对生活质量下降的恐惧，都加重了他们的心理负担。而现有的护理模式较为单一，多采用统一的护理流程和方法，难以充分满足老年患者的个性化需求，导致护理效果参差不齐。在此背景下，个性化护理模式应运而生^[2]。该模式强调根据患者的个体差异，如年龄、病情、心理状态等，制定专属的护理方案，旨在为患者提供更精准、更贴心的护理服务。其提出具有重要的意义，不仅能提高护理质量，还能改善患者的就医体验，增强患者对治疗的信心和配合度^[3]。本研究旨在分析个性化护理模式在老年泌尿外科疾病患者中的应用效果，通过对比个性化护理模式与常规护理模式在护理满意度、自我效能感、住院时间和自护能力等方面的差异，为临床护理提供科学依据，以提升老年泌尿外科疾病患者的整体护理水平和生活质量。

1 研究对象资料

1.1 一般资料

本研究选取2023年3月-2024年3月在我院泌尿外科治疗的120例老年患者作为研究对象，采用随机数字表法分为常规组和观察组，每组60例。常规组男32例，女28例；年龄60-82岁，平均 (68.5 ± 5.2) 岁；疾病类型：前列腺增生25例，膀胱肿瘤18例，肾结石12例，其他5例。观察组男34例，女26例；年龄61-83岁，平均 (69.2 ± 4.8) 岁；疾病类型：前列腺增生23例，膀胱肿瘤20例，肾结石13例，其他4例。两组患者在性别、年龄、疾病类型等基线资料上比较，差异无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准：年龄 ≥ 60 岁，确诊为泌尿外科疾病（前列腺增

生、膀胱肿瘤、肾结石等）；意识清楚，能够配合护理及量表评估；患者及家属知情同意并签署知情同意书。

排除标准：合并严重心、肝、肾等器质性疾病或精神障碍者；存在认知功能障碍或沟通障碍者；中途退出研究或临床资料不全者。

1.3 研究方法

1.3.1 常规组

实施泌尿外科常规护理：基础生命体征监测，如定时测量体温、血压、心率、呼吸等；进行常规健康宣教，向患者讲解疾病的基本知识、治疗方法及注意事项；协助患者进行日常生活活动，如饮食、起居等。

1.3.2 观察组

个性化护理模式：

(1) 心理支持：护理人员主动与患者沟通交流，了解其心理状态和需求，缓解其焦虑、恐惧等负面情绪。通过介绍成功案例，增强患者对治疗的信心。

(2) 个性化康复指导：依据患者的病情、身体状况和恢复能力，制定专属的康复计划。包括指导患者进行适当的运动锻炼，如盆底肌训练、有氧运动等，促进身体恢复。

(3) 管道护理优化：对于留置导尿管、引流管等的患者，加强管道护理。定期检查管道是否通畅，防止扭曲、受压和堵塞，严格遵守无菌操作原则，预防感染。

(4) 饮食与生活指导：根据患者的疾病类型和身体状况，制定个性化的饮食方案。鼓励患者养成良好的生活习惯，保证充足睡眠。

(5) 感染患者个性化护理：依据药敏试验结果精准选用抗生素，鼓励患者多饮水，每日饮水量不少于2000ml，促进细菌和炎症渗出物排出。若存在梗阻，可根据情况进行导尿。高热时给予物理或药物降温。对于严重梗阻患者，可能需进行造

痿手术。同时,做好健康教育,告知患者注意个人卫生,避免憋尿,预防复发。

(6) 肿瘤患者个性化护理:膀胱肿瘤患者常伴有疼痛,根据疼痛分级合理使用止痛药物,减轻肿瘤对周围组织的压迫,缓解疼痛。排尿功能保护方面,膀胱灌注是重要措施。灌注前需排空膀胱,将化疗药物缓慢注入膀胱,嘱患者保留 1-2 小时,并定时变换体位,使药物充分接触膀胱壁。造口护理时,要保持造口周围皮肤清洁干燥,选择合适的造口袋。定期更换造口袋,观察造口周围皮肤有无红肿、破损等情况。心理支持也不可或缺,护理人员要与患者多沟通,了解其心理状态,疏导焦虑情绪,增强患者战胜疾病的信心。

(7) 前列腺增生患者个性化护理:对于前列腺增生患者,排尿观察是护理的关键环节。定期进行残余尿量监测,可使用超声检查或导尿法准确测量。残余尿量较多时,需及时采取相应措施,如调整治疗方案或进行导尿。疼痛管理可采用热敷与药物联合的方式。热敷时,将热毛巾或热水袋敷于下腹部,温度以患者能耐受为宜,每次 15-20 分钟,每天 3-4 次,可促进血液循环,缓解疼痛。药物治疗则根据患者疼痛程度,遵医嘱合理使用止痛药物。尿失禁训练可指导患者进行缩肛运动,即收缩肛门 3 秒以上后放松,每次 10-15 分钟,每天 3-4 次,增强盆底肌肉力量。术后并发症预防也不容忽视。为预防出血,需密切观察患者尿液颜色、量及生命体征变化。若发现尿液颜色加深、出血量增多,应及时报告医生处理。预防感染方面,要保持尿道口清洁,定期更换尿袋和尿管。膀胱冲洗时,根据引流液颜色调整速度,确保冲洗效果。

1.4 观察指标

护理满意度:采用我院自制满意度量表^[4] (Cronbach's α =0.87),包括服务态度、护理效果等 5 个维度,总分 100 分,分为非常满意(≥ 90 分)、满意(70-89 分)、不满意(< 70 分)。

自我效能感:采用一般自我效能感量表(GSES),共 10 个条目,总分 10-40 分,得分越高表示自我效能感越强。

住院时间:记录患者从入院到出院的总天数。

自护能力:采用自我护理能力测定量表(ESCA),包括 43 个条目,总分 0-172 分,得分越高表示自护能力越强。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 26.0 软件分析数据,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以[n(%)]表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组自我效能感比较

观察组自我效能感数值比常规组高,差异有统计学意义,

$P < 0.05$, 见下表 1。

表 1 两组患者自我效能感比较 ($\bar{x} \pm s$, $n=60$)

组别	常规组	观察组	t	P
例数	60	60		
干预前	22.55 $\pm$ 3.63	22.82 $\pm$ 3.42	0.419	0.676
干预后	28.32 $\pm$ 4.11	35.64 $\pm$ 3.82	10.105	0.000

2.2 两组自护能力比较

观察组自护能力数值比常规组高,差异有统计学意义, $P < 0.05$, 见下表 2。

表 2 两组自护能力比较

组别	常规组	观察组	t	P
例数	60	60		
干预前	85.28 $\pm$ 10.32	86.52 $\pm$ 9.82	0.674	0.501
干预后	102.68 $\pm$ 11.56	132.41 $\pm$ 12.12	13.747	0.000

2.3 两组住院天数比较

观察组住院天数比常规组低,差异有统计学意义, $P < 0.05$, 见下表 3。

表 3 两组住院天数比较

组别	常规组	观察组	t	P
例数	60	60	-	-
住院天数(d)	10.58 $\pm$ 2.32	7.22 $\pm$ 1.83	8.808	0.000

2.4 两组护理满意度比较

观察组护理满意度更高,差异有统计学意义, $P < 0.05$, 见下表 4。

表 4 两组患者护理满意度比较[n(%), $n=60$]

组别	常规组	观察组	t	P
例数	60	60	-	-
非常满意	25	42		
满意	22	15		
不满意	13	3		
总满意度	47 (78.30)	57 (95.00)	8.642	0.000

3 讨论

随着年龄增长,老年患者的泌尿系统各器官会出现明显的老化表现。肾脏方面,肾小球滤过率会逐渐下降,一般在 40

岁后开始出现缓慢降低,70岁后下降速度更快,这使得肾脏的排泄和代谢功能减弱^[4]。肾小管的重吸收和浓缩功能也会减退,导致尿液的稀释和浓缩能力变差。膀胱的老化表现为膀胱壁肌肉弹性降低,收缩力减弱,容量减少,使得老年人容易出现尿频、尿急和夜尿增多的现象。尿道黏膜会变薄,尿道括约肌的功能也会下降,导致老年人排尿困难、尿失禁等问题较为常见。此外,老年男性激素水平变化会对前列腺产生影响,雄激素和雌激素比例失调,易引发前列腺增生,进一步加重排尿障碍。

老年泌尿外科疾病患者有着独特的生理特点,肾功能减退使得他们对药物代谢和排泄能力下降,尿流动力学改变也影响着排尿功能。个性化护理模式充分考虑这些因素,在用药上精准调整剂量,避免药物蓄积对肾脏造成负担;针对尿流动力学问题,指导患者进行特定的康复训练,促进排尿功能恢复。在心理需求方面,老年患者常伴有孤独感和隐私顾虑。个性化护理的心理支持环节,护理人员与患者深入交流,给予情感陪伴,缓解孤独感;在护理操作中,充分尊重患者隐私,让患者感受到被关怀和尊重。相比之下,常规护理模式存在明显局限性。其模式单一,采用统一的护理流程,缺乏对患者个体差异的关注。无论是生理上的特殊需求,还是心理上的个性化问题,常规护理都难以做到精准应对,无法满足老年患者多样化的需求。

个性化护理是以患者为中心,依据“评估-计划-实施-评价”的系统化流程,为患者量身定制护理方案的一种护理模式。其核心内涵在于全面考量患者的个体差异,满足患者独特的生

理、心理和社会需求。人本主义理论则突出了对患者尊严、价值和自我实现的尊重,将患者视为具有独特情感和需求的个体^[5]。

本文结果表明护理满意度比较,观察组高于常规组, $P<0.05$;护理后自我效能感比较,观察组比常规组高, $P<0.05$;住院时间比较,观察组低, $P<0.05$;自护能力比较,观察组高, $P<0.05$ 。可见,个性化护理模式下,满意度、自我效能感等指标得到显著改善。心理支持让患者感受到关怀,增强了他们对治疗的信心,从而提高了对护理服务的满意度。个性化康复指导根据患者具体情况制定计划,患者在执行过程中取得良好效果,提升了自我效能感和自护能力。住院时间缩短与护理效率密切相关。个性化护理优化了护理流程,减少了不必要的环节,提高了工作效率。同时,个性化的康复指导和管道护理优化等措施,降低了并发症的发生风险,使患者能够更快康复出院。例如,通过个性化的康复计划,患者身体恢复更快;严格的管道护理减少了感染等并发症,缩短了住院时间,降低了医疗成本。

综上,个性化护理模式在老年泌尿外科疾病患者护理中具有显著应用价值。该模式能有效改善患者自我效能感,使其更积极地参与治疗与康复;提升自护能力,促进身体恢复;显著缩短住院时间,降低医疗成本与感染风险;同时大幅提升患者对护理服务的满意度。未来,可结合智能护理设备,实现对患者健康状况的实时监测与精准干预;加强家属参与度,为患者提供更全面的支持与照护,进一步优化个性化护理模式,提高老年泌尿外科疾病患者的护理质量。

参考文献:

- [1] 姜娜,李晶.个性化护理在老年患者手术护理风险因素及评价[C]//2024年第二次《中国组织化学与细胞化学杂志》临床医学学术研讨会(二)论文集.2024:2389-2391.
- [2] 孙睿,段燕,朱必刚.老年患者医院感染分布情况及危险因素分析[J].现代医药卫生,2023,39(18):3110-3113,3120.
- [3] 陈淼淼.泌尿外科老年手术患者的护理风险及相应的安全措施[J].国际援助,2024(21):123-125.
- [4] 黄惠梅,冯晓静,盘文珍,等.运用优质护理服务对老年性白内障患者围手术期进行健康指导的效果分析[J].智慧健康,2024,10(7):222-224,228.
- [5] 刘泽炫,韩金玲,夏振兰,等.基于引导式教育的老年患者术后诱导排尿虚拟现实系统的设计及应用[J].护理学报,2024,31(1):74-78.