优质护理服务体系在妇科肿瘤护理管理中的应用效果分析

施佳丽

上海市浦东医院复旦大学附属浦东医院 上海 201399

【摘　要】：目的：分析优质护理服务体系在妇科肿瘤护理管理中的效果。方法：回顾性队列研究纳入 2024 年 1 月至 2025 年 12 月我院妇科肿瘤住院患者 100 例，按癌种、护理阶段频数匹配，并依既往护理模式分为两组，各 50 例。观察组接受优质护理服务体系，对照组接受常规护理。比较护理质量、医院焦虑抑郁量表（HADS）、自我护理能力测定量表（ESCA）及满意度。结果：观察组 4 项护理质量评分较高（t=8.194～10.003，均 P＜0.001）；HADS、ESCA 的组别×时间交互作用显著（F=37.738、29.562、38.809，均 P＜0.001）。满意率较高（96.00%比 78.00%，x^2=7.162，P=0.007）。结论：接受该体系的患者护理质量、情绪、自护、安全和满意度结局较好，提示其与护理管理改善相关。

【关键词】：妇科肿瘤；优质护理；护理管理；护理质量；自我护理

DOI:10.12417/2705-098X.26.20.066

妇科肿瘤患者在住院期间往往同时面临身体不适、角色变化、对预后的担忧以及多环节照护需求。病情观察、管道与皮肤管理、心理支持、康复指导和出院衔接分散在不同班次，若仅依靠单项制度或护士个人经验，容易出现需求识别不及时、教育内容不一致、风险处置滞后等问题。优质护理服务强调责任到人和连续照护，已被用于妇科肿瘤护理实践[1]。近年来，肿瘤护理研究也更加重视人文关怀与患者体验，使护理质量评价从任务完成逐步转向过程安全和患者获益[2]。在此背景下，将人员配置、工作路径、质量反馈和延续支持整合为可执行的服务体系，有助于分析其与护理管理质量及患者结局的关系。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究采用回顾性队列研究，连续筛选 2024 年 1 月至 2025 年 12 月我院 100 例妇科肿瘤住院患者的电子病历、护理记录和随访资料。依据护理记录中是否完整实施优质护理服务体系分组，其中观察组为完整实施者，对照组从同期接受常规护理管理者中按癌种、护理阶段进行频数匹配，两组各 50 例。观察组平均年龄（52.36±8.42）岁、体质指数（23.47±2.81）kg/m^2；对照组分别为（51.94±8.77）岁、（23.19±2.96）kg/m^2。

纳入标准：（1）临床资料明确为宫颈癌、卵巢癌或子宫内膜癌；（2）住院期间连续护理不少于 3 d；（3）意识清楚，能完成量表及沟通。

排除标准：（1）严重认知或沟通障碍；（2）住院期间出现需特殊隔离处置的急危重情况；（3）关键护理记录、量表或出院后 1 个月随访资料缺失。

两组病区环境、排班基数、评估工具和资料采集时点一致；2 名资料提取者按预设字段独立核对，统计数据以编码组名交由分析者处理，100 份记录的结局资料均完整。

1.2 方法

对照组病例住院期间接受常规护理管理。责任护士按照病区制度完成入院评估和日常巡视，观察生命体征及一般状态，落实身份识别、跌倒和压力性损伤预防、管道固定、基础生活照护与常规健康教育；发现异常后按流程上报。出院前由当班护士说明居家注意事项，出院后按病区常规完成一次电话随访。护士长依据月度检查结果反馈共性问题，具体照护内容以当班执行记录为准。

观察组既往在常规护理基础上接受优质护理服务体系，相关记录覆盖至出院后 1 个月。

（1）责任链：护士编入 3 个小组，入院 2 h 内确定责任护士及替代责任人；责任护士负责评估、计划、沟通、记录和出院衔接，组长日查高风险项目，护士长周查，交班记录需求、已完成事项、未解风险和下一班重点。

（2）风险分层：入院评估跌倒、压力性损伤、管道、疼痛、睡眠、情绪和自护能力，每日复评，阶段变化 2 h 内追加；中风险增加床旁核对，高风险由组长参与计划，标明责任人、复评时间和升级路径。

（3）阶段护理：入院 24 h 内完成需求清单和首轮教育，住院期指导活动、饮食睡眠、皮肤和管道自护，关键节点用核对单并要求复述；出院前演练异常征象判断、居家活动和求助。

（4）情绪支持：责任护士每日沟通，结合医院焦虑抑郁量表（HADS）结果，采用开放提问、信息澄清和短时放松训练，患者同意后邀请主要照护者参与。

（5）动态质控：组长每日查缺项，护士长每周抽查 5 例，问题在 24 h 内按流程、执行或跨班遗漏分类整改。

（6）延续支持：出院后 48 h、1 周、2 周和 1 个月随访，记录问题、指导、复述结果和下次重点，高风险信息转交护士长。

1.3 观察指标

从电子病历、护理记录、质量核查表及随访台账提取指标。

（1）一般资料：年龄、体质指数、癌种、护理阶段和受

教育程度。

（2）护理质量：出院前 1 d 科室核查表评价责任落实、风险管理、健康教育、人文沟通，每维度 5 个条目，每条 0～5 分，维度得分 0～25 分，分值越高表示执行越完整。该表内容效度指数为 0.91，预调查 Cronbach'sα为 0.90；记录值为 2 名非责任组质控护士独立评分的均值。

（3）情绪状态：入院 24 h 内、出院前 1 d 医院焦虑抑郁量表评分，每个分量表 0～21 分，得分越高表示负性情绪越明显。

（4）自护能力：入院 24 h 内及出院后 1 个月的 43 条目自我护理能力测定量表（ESCA）评分，总分 0～172 分，分值越高表示能力越强。

（5）满意度：病区既有的出院前匿名评价总分，原记录满分 100 分，≥90 分为非常满意，70～89 分为满意，＜70 分为不满意；满意率为非常满意与满意例数之和占总例数的比例。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 27.0 软件进行统计分析。正态分布的定量资料以 x±s 表示，两组独立样本比较采用 t 检验；HADS 和 ESCA 两时点评分采用组别×时间重复测量方差分析，报告交互作用 F 值。定性资料以 n（%）表示，采用 Pearson x^2 检验，理论频数小于 5 时采用 Fisher 确切概率法。所有检验均为双侧检验，以 P＜0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组一般资料比较

两组年龄、体质指数、癌种、护理阶段及受教育程度比较，差异均无统计学意义（均 P＞0.05）。见表 1。

表 1 两组一般资料比较

指标	观察组(n=50)	对照组(n=50)	统计量	P
年龄(岁,x±s)	52.36±8.42	51.94±8.77	t=0.244	0.808
体质指数(kg/m^2,x±s)	23.47±2.81	23.19±2.96	t=0.485	0.629
癌种[n(%)]			X^2=0.054	0.974
宫颈癌	22(44.00)	21(42.00)		
卵巢癌	16(32.00)	17(34.00)		
子宫内膜癌	12(24.00)	12(24.00)		
护理阶段[n(%)]			X^2=0.047	0.829
围术期	34(68.00)	35(70.00)		
非手术住院期	16(32.00)	15(30.00)		
受教育程度[n(%)]			X^2=0.055	0.973
初中及以下	28(56.00)	29(58.00)		
高中或中专	14(28.00)	13(26.00)		
大专及以上	8(16.00)	8(16.00)		

2.2 两组护理质量比较

出院前，观察组责任落实、风险管理、健康教育和人文沟通评分均高于对照组，各维度组间差异均有统计学意义（均 P＜0.001）。见表 2。

表 2 两组护理质量评分比较（分，x±s）

维度	观察组(n=50)	对照组(n=50)	t 值	P
责任落实	23.18±1.26	20.82±1.54	8.381	<0.001
风险管理	23.36±1.18	20.94±1.43	9.232	<0.001
健康教育	22.84±1.31	20.55±1.48	8.194	<0.001
人文沟通	23.25±1.20	20.41±1.61	10.003	<0.001

2.3 两组情绪状态比较

入院时两组 HADS 焦虑和抑郁评分比较差异均无统计学意义（P=0.727、0.786）；出院前两组评分均下降，观察组下降幅度更大，焦虑及抑郁评分的组别与时间交互作用均有统计学意义（均 P＜0.001）。见表 3。

表 3 两组 HADS 评分比较（分，x±s）

维度	时点	观察组(n=50)	对照组(n=50)	F 值(组别×时间)	P
焦虑	入院时	11.62±2.26	11.46±2.31	37.738	<0.001
	出院前	6.48±1.67	8.76±1.89		
抑郁	入院时	10.94±2.18	10.82±2.24	29.562	<0.001
	出院前	6.02±1.52	7.96±1.74		

2.4 两组自护能力比较

入院时两组 ESCA 评分接近（P=0.815）；出院后 1 个月两组评分均升高，观察组增幅大于对照组，组别与时间交互作用有统计学意义（F=38.809，P＜0.001）。见表 4。

表 4 两组 ESCA 评分比较（分，x±s）

时点	观察组(n=50)	对照组(n=50)	F 值(组别×时间)	P
入院时	97.84±12.17	97.26±12.53	38.809	<0.001
出院后 1 个月	128.62±10.74	113.48±11.82		

2.5 两组护理满意度比较

观察组非常满意 33 例、满意 15 例，护理满意率为 96.00%；对照组非常满意 24 例、满意 15 例，护理满意率为 78.00%。两

组满意度等级分布及总满意率比较差异均有统计学意义（x^2=7.652、7.162，P=0.022、0.007）。见表 6。

表 6 两组护理满意度比较［n（%）］

满意度	观察组(n=50)	对照组(n=50)	X^2	P
非常满意	33(66.00)	24(48.00)		
满意	15(30.00)	15(30.00)	-	-
不满意	1(20.00)	11(22.00)		
满意率	49(98.00)	39(78.00)	9.470	0.002

3 讨论

妇科肿瘤患者的护理需求随住院阶段、身体功能和家庭支持而变化，风险识别、信息传递、情绪支持与居家准备容易在不同班次间脱节。仅靠事后检查难以及时纠正过程偏差。优质护理服务体系把责任人、工作节点、复评时限和反馈路径写入日常流程，使评估能够接续行动，教育能够核实理解，管理者也能据此发现具体缺口，从而为改善护理过程提供可操作的基础[3]。

观察组 4 项护理质量评分较高，HADS 焦虑、抑郁评分下降更明显，显示两种既往护理模式下结局存在差异。该差异可能与责任护士连续评估、风险复评、持续沟通及日查周查等流程特征有关。固定沟通先识别主要困扰，再用开放提问、信息澄清和短时放松训练，避免空泛劝慰。妇科肿瘤患者对身体形象、家庭角色和疾病不确定性的担忧未必主动表达，早期筛查可使支持前移。叙事医学干预已用于晚期妇科肿瘤患者的心理及生命意义支持[4]。该结果与本研究将疾病体验纳入护理沟通的做法相合，也支持把心理支持嵌入责任制护理[5-6]。

观察组出院后 1 个月 ESCA 增幅较大，提示该护理体系与较好的自护结局相关。教育分散于入院、住院和出院前，以复述和情境演练检验理解；随访持续记录问题、指导和下次重点，使同一风险得到追踪。国内研究已将风险模型协同管理用于妇科肿瘤术后康复[1]。综合护理也强调住院环节衔接[8]。居家康复同样需要患者持续参与[6]。国外随机对照研究则提示，护士主导的症状评估、个体化教育和自我管理支持可减轻妇科肿瘤化疗期症状负担[9]。但该研究为单中心化疗样本，与本研究住院多阶段人群不同。本体系把风险等级与责任人、复评时点和升级路径对应，有助于患者判断自我观察或求助时机，也便于护士随风险变化调整管理强度。

观察组满意率较高，提示责任明确、解释一致及充分出院准备与良好患者感受相关。满意度不能替代安全评价；不适宜请求仍应说明理由。风险条目进入每日复评和结构化交班后，团队可较早识别执行断点，服务体验由责任清楚、信息可信和过程安全共同支撑[10]。本研究按整体护理模式分组，不能区分单项环节与结局的独立关联；分组源于既往记录，残余混杂仍可能影响结果，不能据此确认因果关系。

综上所述，在本研究观察周期内，接受优质护理服务体系的妇科肿瘤患者，其责任落实、风险管理、健康教育和人文沟通质量较高，焦虑、抑郁评分下降更明显，出院后 1 个月自我护理能力较好，同时住院期间不良护理事件较少、出院前护理满意度较高。上述关联提示，病区可将责任护士管理、风险分层、阶段化教育、问题闭环和延续随访连接为同一工作链，保留明确的复评时点与质控责任，使服务要求可执行、可记录和可追踪，为护理流程优化提供参考。

参考文献：

[1] 许晓燕.优质护理服务在妇科肿瘤护理中的应用分析[J].实用妇科内分泌电子杂志,2022,9(27):122-125.

[2] 雷虹,谷忠影.人文关怀导向下肿瘤护理研究热点与发展趋势——基于 CiteSpace 的可视化分析[J].黑龙江科学,2026,17(15):78-81.

[3] 郎桂英,章玮,熊余蕾.叙事医学干预重构生命意义对晚期妇科肿瘤患者心理及生存的影响[J].中国计划生育学杂志,2026,34(9):1934-1939.

[4] 吴莹,张一佳,闫欣.基于 LACE 风险模型的医护一体化管理对妇科肿瘤术后康复情况的影响[J].黑龙江医学,2026,50(14):1765-1768.

[5] 徐海静.综合护理模式在妇科肿瘤腹腔镜手术患者中的应用价值探讨[J].基层医学论坛,2026,30(20):147-149.

[6] 王玉.综合护理干预对妇科肿瘤患者术后盆底功能康复的影响[J].临床研究,2026,34(7):161-163.

[7] PAŞALAKŞİ,SELÇUKBIRICIK F,SEVEN M.Evaluation of the Nurse-Led Symptom Management Program for Patients With Gynecologic Cancer Undergoing Chemotherapy[J].Cancer Nursing,2024,47(1):31-42.

[8] 庄运运.优质护理服务模式在妇科肿瘤护理中的应用[J].系统医学,2021,6(2):171-173.

[9] 熊秀兰.优质护理服务在妇科肿瘤护理中的应用效果评价[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(9):145.

[10] 席新雪.优质护理干预对妇科肿瘤患者术后并发症发生率的影响[J].中国医药指南,2022,20(20):149-151.