



· 临床护理 ·

# “医养结合”模式下老年长期护理等级划分临床实践研究

尹艳 邓静 (新津县人民医院内三科 四川成都 611430)

**摘要:** **目的** 探究为老年患者行“医养结合”模式长期等级划分护理的效果与意义。**方法** 择取于2016年1月至2017年1月之间来我院就诊的共168例轻、重、危老年患者参与研究,为所有患者实施“医养结合”模式下的长期等级划分护理,探究该种护理模式的应用效果,以及实施护理前后患者的日常生活能力量表(ADL)评分与生活自理能力量表(Barthei指数量表)评分等级变化情况、专科护理质量评分以及护理满意度。**结果** 实施“医养结合”护理前后本组患者ADL评分变化、Barthei指数评分与等级变化、专科护理质量评分以及护理满意度等指标均发生显著变化,其中以实施后的情况均优于实施前为最终结果,数据差异存在统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论** 为老年患者实施“医养结合”模式下的长期等级划分护理对老年患者的生活质量具有重要的促进意义,改善患者的病情危重情况,因此该种护理模式可进行大力推广。

**关键词:** 医养结合 老年患者 长期分级护理 生活自理能力 护理满意度

**中图分类号:** R473.5 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2017)11-242-02

虽然“医养结合”护理模式理念早已在我国提出,但是在各地市的开展情况并不理想,大部分相关机构将医疗护理与老年赡养分开运行,造成老年医、养两难<sup>[1,2]</sup>。为此我院决定重新规划实施老年患者“医养结合”长期分级护理模式,探究该种护理模式的应用价值与意义,现对研究结果进行汇报:

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

择取于2016年1月至2017年1月之间来我院就诊的共168例轻、重、危老年患者参与研究,所有患者均患有常见老年病,包括高血压、糖尿病、脑梗死、恶性肿瘤等,且需要进行长期或不间断治疗、需实施长期护理、需接受康复治疗患者以及各种因素造成的压疮患者。其中包括男87例,女81例,年龄61-82岁,平均(70.6±5.8)岁,按照患者病情分级包括轻患者62例,重患者42例,危重患者64例。

### 1.2 方法

**1.2.1 运行方法:** 本次护理运行模式为融合医疗、护理、健康宣教、康复疗养、慢病托老以及临终关怀等六项内容,患者的管理途径可分为两种,即医保住院以及无陪护专业养老,管理途径可根据患者的病情变化进行改变。其中“养”指的是老年患者的托老模式,为符合标准的患者提供专业长期的护理干预,若期间需要口服药物控制病情需要家属自费购买相关药物。而“医”指的是老年患者病情加重、门诊治疗难度较高或新发其他严重疾病时,需要相关人员与家属沟通后为其办理住院手续,接受医疗服务。“医养结合”则是根据患者的病情变化进行灵活转化两种模式,加强养老机构和医疗机构的资源结合,以此提升患者的治疗和护理效果。

**1.2.2 护理内容:** “医养结合”模式下的老年患者长期分级护理的核心为责任制整体护理,为患者实施全程无陪护护理服务,依据患者的病情严重程度分别实施不同护理干预,具体内容包括病情观察与生活护理:①病情观察,根据I、II、III级护理级别的不同,分别为患者实施间隔1h、2h以及3h的病房巡视,观察患者的病情变化,严格按照医嘱为患者进行用药、生命体征检测、各种导管护理、并发症预防等服务。②生活护理,包括病床整理、口腔及面部清洁、会阴与足部护理等在内的晨间与晚间护理每日1次;间隔2h进行1次翻身、协助咳嗽、床上躯体移动、压疮预防等卧位护理;留置导管护理、失禁护理、床上便器使用护理等排泄护理;协助患者饮食饮水、营养指导、忌口禁食等饮食护理;为患者提供病床围栏、约束带等安全管理;每3d进行1次洗浴或擦浴,每周进行1次洗头、手脚指甲护理以及衣物清洗服务;为患者提供康复知识、健康宣教以及心理干预等健康指导护理;每周至少1次与家人通话或家属探望病人的情感支持护理。

### 1.3 观察指标

①护理满意度:护理满意度调查表为我院自制问卷,百分制,护理满意等级分为非常满意(90-100分)、满意(89-80分)、不满意(79-60分)以及非常不满意四级(59-0分),总满意度为非常满意度与满意度之和。②Barthei指数评分为百分制,分值与患者的生活自理能力成正相关,通知根据评分可分为A、B、C三个等级,其中61-100分为A级,41-60分为B级,0-40分为C级。③ADL评分采取百分制,分值与患者的日常生活能力成正相关。④专科护理质量评分分为5个维度,包括科室管理、护理规章制度、护理流程、护理质量以及安全管理,总分为100分,分值与患者的护理质量成正相关。

### 1.4 统计学方法

本次研究使用SPSS17.0统计学软件对相关数据进行分析与处理,其中护理满意度、病情等级划分、Barthei指数等级划分指标均属于计数资料,通过(n,%)形式表示,经卡方对其予以检测;Barthei指数评分、ADL评分以及专科护理质量评分等指标属于计量资料,通过( $\bar{x} \pm s$ )的形式来表示,经t予以检验,只有满足 $P < 0.05$ 时,才可认为差异在统计学当中存在意义。

## 2 结果

### 2.1 护理满意度

护理前本组患者的护理评分为(76.35±5.5)分,显著低于护理后的护理评分(97.23±5.3)分数据差异有意义( $t=35.433, P=0.00 < 0.05$ );本组患者护理满意度为(91.67%),相比实施“医养结合”模式护理前的常规护理满意度(76.17%)更高,数据差异经计算存在统计学意义( $P < 0.05$ ),见表1。

表1. “医养结合”模式护理前后本组患者的护理满意度比较(n,%)

时间	非常满意	满意	不满意	非常不满意	总满意度
医养前	82	51	21	14	133(76.17%)
医养后	121	33	10	4	154(91.67%)
$\chi^2$					10.536
P					0.001

### 2.2 Barthei指数等级与评分比较

表2. “医养结合”护理前后本组Barthei指数等级与评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

时间	A级	B级	C级
医养前	36	31	101
医养后	72	65	31
$\chi^2$	17.684	16.858	61.141
P	0.000	0.000	0.000

护理前本组患者的Barthei指数评分为(80.16±6.2)分,



明显低于护理后患者的 Barthei 指数评分 ( $96.78 \pm 6.3$ )，数据差异存在统计学意义 ( $t=24.371, P=0.00 < 0.05$ )；本组患者护理后 A、B、C 等级变化显著优于护理前 ( $P < 0.05$ )，详见表 2。

### 2.3 ADL 评分与专科护理质量评分

护理后患者的 ADL 评分与专科护理质量评分均显著高于护理前，数据差异存在统计学意义 ( $P < 0.05$ )。详见表 3。

表 3. “医养结合”护理前后 ADL 评分与专科护理质量评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

时间	患者	ADL 评分	专科护理质量评分
医养前	168	$82.26 \pm 6.36$	$73.52 \pm 5.78$
医养后	168	$95.77 \pm 7.05$	$94.58 \pm 6.12$
t		18.443	32.427
P		0.000	0.000

### 3 讨论

目前，我国社会的老龄化现象愈发严重，其特点包括老年人口总数多、增长速度快等，这种现象导致我国老年人的患病几率不断提升，同时，我国空巢家庭比例越来越高，空巢家庭指的是在家庭生命周期中的最后阶段，即子女因各种原因而不在老年父母身边的家庭情况，这些老人被称为空巢老人，全国老龄组织在 2012 年的工作会议中提到，“十二五”后期我国年龄超过 65 周岁以上的空巢老人数量将超过 5100 万，并对 2030 年的空巢率进行预测，结果为高达 90% 左右，增加了老年人家庭照料的难度<sup>[3]</sup>。此外，相关调查数据表明<sup>[4]</sup>，我国 70% 的老年人患有不同类型、不同程度的慢性疾病，但是我国在社会养老方面建设不足，基础设施薄弱，导致老年患者的护理工作质量偏低。基于此国家卫生部门提出了“医养结合”的相关要求，鼓励社会建立具有长期护理、长期医疗，兼具促进康复和临终关怀的养老机构，加强养老型机构建设，

为老年患者提供良好的医疗和长期护理服务。

医养结合将我国养老服务内容进行丰富，质量进行提升，在传统生活护理、心理干预、老年文化教育基础上，新增了医疗康复保健护理，具体包括医疗服务、健康咨询与检查、疾病诊断与治疗、长期护理、重病康复以及临床关怀等<sup>[5]</sup>。“医养结合”模式的提出对养老内容与养老服务之间的内在关系进行了重新审视，并对重点进行了重新规划，将老年患者的健康医疗服务给予了高度重视，将其与传统的为老年患者提供生活护理的养老服务进行明显区分，通过这种方式提升老年患者的自理能力、护理质量以及生活质量。

本次研究结果显示，“医养结合”模式护理实施后对老年患者的生活质量、ADL 以及 Barthei 指数、护理质量等均有显著提升，也使得患者的病情得到良好控制 ( $P < 0.05$ )，由此可见该种护理模式的应用价值较高。值得推广。

**结语：**老年人护理工作中实施“医养结合”长期分级护理效果显著，可有效提升患者的生活自理能力、护理满意度以及护理质量，对患者的病情控制具有重要作用，因此可在临床中大范围推广该种护理模式，为我国老年人提供良好的医疗护理服务，保证老年人安度晚年。

### 参考文献

- [1] 耿桂灵, 宋彦玲, 肖玉华. 医养结合理念下老年慢性病患者延续护理模式构建分析[J]. 护理管理杂志, 2015, 15(6):381-382.
- [2] 高小芬, 于卫华. 医养结合养老模式下我国长期护理分级制度的不足与建议[J]. 护理学杂志, 2014, 29(11):71-73.
- [3] 周宇博. 上海市社区养老服务满意度影响因素研究[D]. 上海工程技术大学, 2014.
- [4] 曹煜玲. 中国城市养老服务体系研究[D]. 东北财经大学, 2011.
- [5] 余瑞芳. 我国医养结合养老模式的现状、问题及其对策研究[D]. 南昌大学, 2014.

(上接第 239 页)

治疗效果的关键<sup>[4]</sup>。传统上，临床习惯于采用西医洗胃的方式对患者进行急诊救治，但疗效有限。为此，有学者提出联合使用中药，本次研究用中药方中，炒山栀、生大黄等可清湿热、泻火凉血、祛瘀解毒；苏叶、黄连等可发表散寒、清热燥湿；连翘、芒硝等可抗菌、强心利尿、润燥软坚。调和诸药，共奏抗炎、抗毒，保肝、增强免疫功能之效<sup>[5]</sup>。

本次研究数据显示，相较于接受常规急诊救治和护理的对照组患者，接受中西医结合急诊救治和循证护理的观察组患者临床护理效果明显更优，具体而言，观察组患者临床治疗总有效率以及治疗总满意率均显著高于对照组患者 ( $P < 0.05$ )。研究结果表明，对于百草枯中毒患者而言，除了给予患者及时有效的洗胃治疗以外，有效的心理护理必不可少。在对患者进行洗胃时，除了常规西医手段外，联合应用中药进行保留灌肠可进一步提升洗胃成功率和有效率，为患者争取更多救治时间；此外，根据患者提病情变化给予患者循证护理措施，可及时发现和解决护理过程中存在的问题，将护理风险和治

疗风险降至最低。

综上所述，将中西医结合急诊救治和循证护理应用到患者百草枯中毒患者中有突出效果，可在较短时间内对患者各项临床症状进行有效控制，降低患者死亡率、提高治疗有效率，同时对于患者护理满意度的提高亦有着促进作用，经济效益和社会效益显著，值得临床大规模推广和使用。

### 参考文献

- [1] 孟辉. 百草枯中毒的急诊急救护理体会[J]. 吉林医学, 2012, 33(14):3066-3067.
- [2] 王文琴, 张谦, 周厚荣等. 百草枯中毒的临床护理[J]. 护士进修杂志, 2012, 27(19):1790-1792.
- [3] 郭秋杰. 探讨急诊抢救百草枯中毒患者的护理技巧[J]. 中国医药指南, 2016, 14(30):243.
- [4] 刘宏达, 赵润平, 强杰等. 百草枯中毒患者救治流程的临床应用[J]. 中华护理杂志, 2010, 45(11):1034.
- [5] 王慧娟, 聂时南, 李敏等. 急性百草枯中毒的急救与护理[J]. 实用临床医药杂志, 2009, 5(16):20-22.

(上接第 240 页)

西医结合临床, 2016, 10(3): 82-83.

[2] 杨小红, 阮爱娟, 桂赛银. 人性化护理在手术室护理中的应用[J]. 护士进修杂志, 2016, 22(2): 121-122.

(上接第 241 页)

的手术室护理过程中，应该加强对舒适护理关键环节与重点要素的重视程度，并注重其具体实施措施与方法的科学性。

### 参考文献

- [1] 丁琳. 舒适护理在手术室护理工作中的应用及效果分析[J].

[3] 高红梅, 张正义. 人性化护理在手术室护理中的应用及效果评价[J]. 中国现代医生, 2016, 48(11): 63-64.

[4] 高静. 探讨细节护理在手术室护理工作中的应用的具体措施和效果[J]. 按摩与康复医学, 2016, 10(6): 72.

中外医疗. 2017(01): 115-116.

[2] 张理霞. 舒适护理在手术室护理中的应用研究[J]. 中国现代医生. 2016(18): 154-156.

[3] 刘嵘. 探讨舒适护理在手术室护理工作中的应用效果[J]. 中外医学研究. 2016(05): 96-98.