眼科护理风险评估单在低视力患者安全管理中的运用

王晓艳 张 蓓*

西安市人民医院(西安市第四医院)眼科护理 陕西 西安 710100

摘要:目的:研究低视力患者的安全管理措施,探讨眼科护理风险评估单的运用效果。方法:截取2024年1月-12月一年期间,在本院眼科收治的低视力患者,随机抽选92例用于护理调查,以电脑双盲法作为分组形式,对患者均分两组(各占46例),对照组患者实施常规护理干预,观察组患者在对照组护理基础上,运用眼科护理风险评估单,对比两组安全管理效果。结果:观察组与对照组患者相比,在干预前的基本生活活动能力、自理能力及心理状态各方面的评分差异,均不具有统计意义, ($p > 0.05$),通过护理干预后,两组患者的基本生活活动能力及自理能力明显提高,心理状态有所好转,相较各项评分可见观察组显著更比对照组均优, ($p < 0.05$);两组患者的安全风险事件发生率相较之下,观察组远远低于对照组, ($p < 0.05$)。结论:在低视力患者的安全管理中,运用眼科护理风险评估单具有显著效果,有效降低患者的安全风险事件及跌倒风险,改善患者负面情绪,促进其生活自理能力的提升,值得推广。

关键词:眼科护理风险评估单;低视力;安全管理

低视力作为一种功能性的定义,通常用于任何患有疾病、功能紊乱所致的视觉系统障碍,当患者在药物、手术以及标准屈光矫正等治疗干预后,其视力尚未恢复正常标准,临床表现出视力的下降、视野范围的减少,严重还会致盲,对患者的日常生活、工作等方面造成严重的影响,同时还会增加安全风险事件风险,所以临床应积极做好科学的防控与干预,避免患者出现不良情况。现如今,眼科护理风险评估单在低视力患者的安全管理中广泛运用,通过对患者作出风险评估,分析其现存以及潜在的风险,进而制定相应的预防措施,不断优化护理工作内容,以此减少各类护理缺陷及风险事件的发生,进一步提高患者预后质量^[1-2]。为此,本文主要针对近年本院眼科收治的低视力患者,选取92例进行护理研究,旨在探讨眼科护理风险评估单的运用效果,以下为临床报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料

在2024年1月-12月一年期间本院眼科收治的低视力患者,选取92例用作研究对象,根据电脑双盲法将患者均分两组进行干预,对照组患者有46例,男患者占25例、女患者占21例,年龄分布范围在10岁-78岁,平均(45.13±12.57)岁,低视力范围在0.07-0.31,平均(0.19±0.05);观察组患者46例,男、女占比为

24例:22例,年龄区间最小在11岁,最大在77岁,平均(45.23±12.91)岁,低视力范围在0.08-0.29,平均(0.17±0.07)。两组患者在年龄、性别及低视力范围等临床资料方面进行对比,差异均不具有统计意义,适用于研究比较, ($p > 0.05$)。医院伦理委员会已经对研究项目进行批准。

纳入标准:入选患者均符合低视力的诊断标准;单眼或双眼处于0.05-0.30的最佳矫正视力范围;患者自愿参与研究,签署知情同意书。

排除标准:合并心肝肾等重要器官障碍;意识障碍;严重精神类疾病;恶性肿瘤病变;沟通能力障碍;临床资料不完整;研究中途退出等。

1.2 方法

1.2.1 对照组患者实施常规护理干预:护理人员做好对患者入院后的相关安排,包括术前的检查与准备工作,术后健康宣教、讲解相关注意事项等,以及耐心解答患者或家属提出的疑问。

1.2.2 观察组患者在对照组干预基础上,运用眼科护理风险评估单,具体内容如下:

①护理人员根据眼科护理的特殊要求、既往护理经验并查阅相关资料等,分析低视力患者易于出现的安全风险,并结合护理规章制度及患者实际情况,制定个体化的护理风险评估单,项目如下表。

②护理人员按照评估单告知患者及家属可能存在的风险,以及采取的相应护理措施,促使患者做好心理准备,同时以柔和的语气、态度,对患者进行心理疏导,

作者简介:王晓艳(1982年—),女,汉族,陕西西安人,本科,副主任护师,主要从事眼科护理专业。邮箱:wxydsyy@163.com

加强心理支持，给予患者尊重和理解，帮助患者缓解焦虑等负面情绪^[4]。

眼科护理风险评估单			
项目	病情	分值	日期
年龄	≥ 75岁或 ≤ 10岁		
视力范围	0.05~0.1		
	0.1~0.3		
	复视		
身体平衡力	异常		
用药类型	安眠药		
	降血糖药		
	降血压药		
	其他特殊药物		
既往史	跌倒		
	烫伤		
	饮食错误		
	用药错误		
自理能力	无		
	部分		
总分			

注：评估单每项评分为0-10分，患者出现评估单中相关情况，即存在安全风险，低风险即 ≤ 3分、中风险4分-6分、高风险 ≥ 7分；若患者不存在评估单中相关情况记0分^[3]。

③ 护理人员要做好对患者的生活指导，如进食、如厕、穿脱衣服等，必要时可为患者提供轮椅，且患者外出检查时，护理人员要全程陪同，若进入暗室检查，护理人员要先开灯后再让患者进入，确保光线充足，避免患者出现跌倒行为^[5-6]。

④ 护理人员要在患者的病床上放置防护栏，并张贴防坠床等醒目标识，且厕所、过道等地方添置扶手，同时时刻保持地面的干燥与卫生，嘱咐患者穿好防滑鞋，以防患者的跌倒。

⑤ 护理人员要密切监测患者的用药情况，尤其是特殊用药应加强监管，如甘露醇、散瞳药等，要重点对患者进行观察，避免患者因瞳孔散大，或者体位性低血压等情况出现不良事件。

⑥ 若患者行眼部手术，护理人员要指导患者保持正确的体位，且患者术后包眼，或者体位为脸朝下、头地位等情况，护理人员要叮嘱其注意安全，同时由护理人员或家属实施对患者的24h陪同，以防患者活动时出现安全风险事件^[7]。

1.3 观察指标

1.3.1 基本生活活动能力：参照BADL（基本生活活动能力评分量表）^[8]，在护理干预前及干预后对两组患者

进行进食、如厕、穿脱衣服、平地行走、上下楼梯及洗澡等10个项目的评估，总分为100分，得分越高患者的基本生活活动能力越强。

1.3.2 自理能力：参照Barthel指数量表^[9]，评估两组患者护理干预前、干预后的自理能力，评分为0-100分，≥ 96分即无需依赖他人照护；61分-95分即部分事情需他人照护；41分-60分即大部分事情需他人照护；≤ 40分即完全需要他人照护，患者自理能力与得分呈正比。

1.3.3 心理状态：分别在护理干预前与干预后，运用SAS（焦虑自评量表，临界值50分）、SDS（抑郁自评量表，临界值53分）对两组患者展开心理评价，超出临界值即存在相应的负面情绪，反之不存在，得分越低患者的心理状态越好。

1.3.4 安全风险事件：密切监测两组患者护理期间出现的烫伤、用药错误、饮食错误及跌倒等安全风险事件。其中跌倒评估，根据本院自制的跌倒护理单，对两组患者的跌倒严重程度进行评价，评分在0-125分，分为轻度（< 30分）、中度（30-70分）、重度（> 70分），计算跌倒发生率 = (轻度+中度+重度)/总数 × 100%。安全风险事件发生率即各项风险事件相加之和/总数，以百分比表示。

1.4 统计学分析

研究涉及的数据以软件SPSS23.0用于统计学分析，t展开组间计量资料的对比检验，描述各指标评分运用 $(\bar{x} \pm s)$ ， X^2 行组间计数资料的对比检验，发生率以 $(n, \%)$ 率描述，统计意义的差异为 $p < 0.05$ 。

2 结果

2.1 比较两组BADL评分

通过BADL量表展开基本生活活动能力的测评，下表1可知，两组评分显示护理前两组差异性不显著， $(p > 0.05)$ ，护理干预后患者的基本生活活动能力有所提高，评分要比护理前提升，相较下可见观察组患者评分远远比对照组更高， $(p < 0.05)$ 。

表1 两组BADL评分对比 $(\bar{x} \pm s)$ ，分

组别	例数 (n)	干预前	干预后	t值	p值
观察组 (n)	46	62.49±7.88	92.37±8.73	12.066	< 0.05
对照组 (n)	46	62.71±7.49	85.38±8.13	9.524	< 0.05
t值	-	0.158	4.138	-	-
p值	-	> 0.05	< 0.05	-	-

2.2 比较两组BI指数评分

以BI指数评估两组患者自理能力，由表2数据显示，观察组与对照组患者在护理干预前的评分差异无统计意义， $(p > 0.05)$ ，经护理干预后两组患者的BI指数评分

更比护理前较高,且两组患者的评分相比观察组显著较高,说明观察组患者的自理能力更好, ($p < 0.05$)。

表2 两组BI指数评分对比[$(\bar{x} \pm s)$, 分]

组别	例数 (n)	干预前	干预后	t值	p值
观察组 (n)	46	65.47±6.88	93.49±7.67	20.087	< 0.05
对照组 (n)	46	65.62±7.11	88.41±7.51	8.643	< 0.05
t值	-	0.102	5.349	-	-
p值	-	> 0.05	< 0.05	-	-

2.3 比较两组心理评分

从表3结果上看,护理前两组患者存在负面情绪,其心理两项评分(SAS和SDS)相比差异不大, ($p > 0.05$),在护理后两组患者的负面情绪明显缓解,各项评分均比护理前降低,相较显示观察组患者心理各评分均

更优于对照组, ($p < 0.05$)。

表3 两组心理评分对比[$(\bar{x} \pm s)$, 分]

组别	例数 (n)	SAS		SDS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组 (n)	46	56.08±4.21	38.74±3.68	58.21±4.09	40.52±3.79
对照组 (n)	46	55.99±4.17	46.97±3.91	58.19±4.26	48.55±3.83
t值	-	0.223	12.476	0.109	10.972
p值	-	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

2.4 比较两组安全风险事件

详见表4数据,观察组患者与对照组患者安全风险事件发生率相比,观察组显著更低, ($p < 0.05$)。

表4 两组安全风险事件发生率对比[n (%)]

组别	例数 (n)	跌倒	烫伤	用药错误	饮食错误	发生率
观察组 (n)	46	4 (8.70)	0	1 (2.17)	0	5 (10.87)
对照组 (n)	46	9 (19.57)	2 (4.35)	2 (4.35)	3 (6.52)	16 (34.78)
χ^2 值	-	-	-	-	-	4.231
p值	-	-	-	-	-	< 0.05

3 讨论

由于低视力患者的视力水平较差,加之对医院环境比较陌生,很容易出现跌倒等安全风险事件,为此要加强对患者住院期间的护理干预,做好对患者的安全管理,为患者的住院安全及病情恢复提供保障。

近几年,眼科护理风险评估单在临床的运用较为广泛,且具有一定的成就,通过对患者展开风险因素的评估与分析,以此制定个体化的护理预案,最大程度上规避患者可能出现的跌倒、烫伤等风险事件发生,有效实现对患者的针对性风险预防,进而达到理想的安全生产管理效果^[10]。本文研究数据可知,通过护理干预后观察组患者的BADL评分、BI指数评分、SAS评分和SDS评分,均显著要比对照组患者更优,且观察组患者的安全风险事件发生率(10.87%),显著更低于对照组患者安全风险事件发生率(34.78%),两组数据差异具有统计意义, ($p < 0.05$)。由此可见,眼科护理风险评估单的运用,不仅减少患者的风险事件发生,还利于改善患者预后,提高其生活活动能力及自理能力。

综上所述,在低视力患者的安全管理中,运用眼科护理风险评估单的效果显著,对患者的风险事件具有积极预防作用,临床推广价值较高。

参考文献

[1]邓娜,黄宏.眼科护理跌倒风险评估单在低视力患者安全管理中的应用[J].婚育与健康,2024,30(09):160-162.

[2]叶丽敏.眼科护理风险评估单在老年低视力患者安全管理中的实施价值[J].微量元素与健康研究,2023,40(01):89-91.

[3]訾珂珂,杨洪霞,范宇晨,赵思婕,梅杰.Hendrich II 跌倒风险评估量表在眼科低视力住院病人中的应用[J].蚌埠医学院学报,2022,47(12):1756-1759.

[4]李想.Morse跌倒风险评估表在眼科低视力住院患者中的应用[J].中国病案,2022,23(05):110-112.

[5]林建英.眼科护理跌倒风险评估单在低视力患者安全管理中的应用[J].中国医药指南,2022,20(11):180-182+186.

[6]李勇,肖阳,张白雪.风险评估对改善低视力住院患者跌倒风险的效果研究[J].中国病案,2020,21(08):104-107.

[7]张瑞.护理风险评估单在低视力患者安全护理中的应用[J].山西卫生健康职业学院学报,2020,30(03):104-105.

[8]李小娜,张森,孔文君,杜葵芳,杨建昆.运用PDCA循环法提高眼科低视力患者防跌倒满意度[J].北京医学,2020,42(06):592-594.

[9]胡倩,李丽.风险评估联合护理安全路径在眼科低视力患者安全管理中的应用效果研究[J].当代护士(下旬刊),2018,25(04):78-81.

[10]张有花.眼科护理风险评估单在低视力患者安全管理中的应用[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(70):193-194.