

智力障碍儿童心理康复教育的干预模式探析

王小兰

(空军军医大学第一附属医院 儿科 710032)

摘要:目的:探究智力障碍儿童心理康复教育的干预效果。方法:遴选本院2020年3月~2022年3月期间收治的114例智力障碍儿童患者视为探究对象,采用随机数字法将所有患者分成对照组、研究组,每组各纳入57例,对照组予以常规护理措施,研究组予以心理康复教育,对比两组观察指标:家属护理满意度、患者焦虑抑郁评分、GMFM评分、WISC-R评分以及DQ评分。结果:护理前,研究组与对照组相对比患者焦虑抑郁评分、GMFM评分、WISC-R评分以及DQ评分未见统计学差异, $P>0.05$ 。护理后,研究组患者的患者焦虑抑郁评分偏低,GMFM评分、WISC-R评分以及DQ评分较高,对照组改善一般, $P<0.05$;研究组患者的家属护理满意度高,对照组较低, $P<0.05$;研究组的护理满意度较高,对照组偏低, $P<0.05$ 。结论:智力障碍儿童患者行心理康复教育可积极改善其焦虑抑郁程度,改善运动功能、智力发育程度以及认知功能,稳定患者的心理状态,建议临床不断深入研究与推广。

关键词:智力障碍儿童;心理康复教育;干预模式

智力障碍儿童指的是患者是因为先天或后天因素引起的智力生长发育缺陷。儿童智力障碍并属于生理上的缺陷或残疾^[1]。因,药物治疗作为智力障碍儿童的一般性手段,其临床效果一般,临床医生多提倡采用辅助性手段进行治疗,依据患儿的具体情况开展针对性的训练、练习以及锻炼,其效果显著,这些训练同时也作为医院康复教育模式的重要内容^[2]。临床研究表明,康复学校教育中行儿童心理康复教育可最大程度巩固患者的治疗成果,积极改善儿童智力障碍^[3]。此次研究就以本院2020年3月~2022年3月期间收治的114例智力障碍儿童患者视为探究目标分别行对比护理措施进行探究,阐释结果如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

遴选本院2020年3月~2022年3月期间收治的114例智力障碍儿童患者视为探究对象,采用随机数字法将所有患者分成对照组、研究组,每组各纳入57例。

研究组($n=57$),男女例数分别对应是30、27例,年龄范围3~7岁,平均数据值为(4.88 ± 1.23)岁,病程范围1~3年,平均数据值为(1.89 ± 0.32)年。

对照组($n=57$),男女例数分别对应是31、26例,年龄范围3~8岁,平均数据值为(5.22 ± 1.36)岁,病程范围1~4年,平均数据值为(2.368 ± 0.33)年。

上述一般资料(性别、年龄、病程)进行对比后未见统计学差异,且 $P>0.05$,建议可顺利开展下述研究,且得到本院伦理委员会批准研究。

纳入标准:①经检查,患者与小儿脑性瘫痪及智力障碍诊断标准符合;②病变部位呈现在脑部,为非进行性脑损伤;③临床病例资料完善;④依从性好。

排除标准:①合并精神性或癫痫疾病患者;②伴有血液系统、严重心肝肾患者病;③合并先天性视力、听力功能障碍患者。④伴有肿瘤疾病患者。

1.2 方法

对照组予以常规护理措施,依据患者的表达能力制定合理的作业治疗方案,重复开展,不参加医院组织的各种综合康复教学活动。

研究组予以心理康复教育,(1)集体课康复教学:护士定期组织患儿开展集体课教学训练,活动期间需要及时为患儿做好心理健康教育,主要内容涉及早餐早会课、综合主题课、手工课、音乐游戏课以及运动课等,充分的将认知、语言、大肌肉、小肌肉以及情绪情感等康复措施渗透到教学活动,体会是能运动能力,使得患者生理健康得到及时的促进,同时可通过做游戏培养患者的自信和勇气,促进心理健康。(2)小组课康复教学:护士可依据患者的智力障碍情况将其进行等级划分,建立多个小组,每个小组2~5个患者,主动将幼儿发展的大肌肉、小肌肉、自理、认知、语言、情绪情感渗透等六大领域渗透到课康复教学中,同时可给小组分配活动任务,组内展示谈话、交流及演示等,指导患者互相帮助,共同进步,充分感受集体关爱。(3)一对一康复教学:护士可根据患者的个体差异开展一对一针对性康复教学,结合康复教学计划与患者面临的主要障碍问题制定康复教学目标,主要涉及感知能力、运动能力、语言能力、人际交往能力、生活自理能力及认知能力,增强患者的心理康复教育力度。(4)家庭康复教学:护士可指导患者学习长期的指导干预措施,嘱咐患儿家长积极开展家庭康复教学任务,主要涉及大肌肉训练、自理能力训练、

认知、语言交流训练等,做好家校联合,最大限度上提升患者的康复情况。

1.3 观察指标

①家属护理满意度:本院自制“关于智力障碍儿童患者”护理满意度调查问卷表对患者的满意度进行评价,合计发放114份,均回收,信效度良好,非常满意提示 ≥ 90 分,较满意提示80~90分,不满意提示 < 80 分,总满意度=非常满意度+基本满意度。

②患者焦虑抑郁评分:以焦虑自评量表(SAS评分)与焦虑自评量表(SDS评分)分别评估患者的焦虑、抑郁情绪,焦虑情绪临界值是50分,最终得分越高提示患者的焦虑、抑郁情绪程度越重^[4]。

③GMFM评分、WISC-R评分以及DQ评分

运动功能及智力发育:以粗大运动功能测量表(GMFM)对患者的运动功能进行评价,主要涉及88个项目卧位、翻身、坐、爬、跪、行走、跑跳等,每个项目为0~3分,涉及5个区域,分值范围为0~100分,最终得分越高提示患者的粗大运动功能越理想^[5];借助神经智力发育采用Gesell发育量表(DQ)评价患者的智力发育,主要涉及5个项目,即为适应性、精细运动、粗大运动、语言以及个人社交等,最终分数与患者的智力发育程度呈正比^[6]。智力及认知功能:以WISC-R评分量表评价患者的智力,主涉及操作智商(PIQ)、言语智商(VIQ)及总智商(FIQ)评分等, < 70 分视为智力低下,最终得分越高提示患者的认知功能越理想^[7]。

1.4 统计学方法

上述研究数据借助SPSS22.0统计学软件展开数据处理,定性资料用($n\%$)表示, χ^2 检验,定量资料用($\bar{X} \pm s$)表示,t检验,得出最终数据结果具有统计学意义,提示 $P<0.05$ 或者 $P<0.01$ 。

2 结果

2.1 家属护理满意度

表1示,研究组患者的护理满意度高(96.49%),对照组护理满意度较低(82.46%), $P<0.05$ 。

表1对比家属护理满意度($n\%$)

组别	例数	非常满意	基本满意	不满意	总满意度
对照组	57	30	17	10	47 (82.46)
研究组	57	40	15	2	55 (96.49)
χ^2	--	--	--	--	5.961
P	--	--	--	--	0.015

2.2 患者焦虑抑郁评分

表2示,护理前,研究组与对照组相对比患者焦虑抑郁评分无显著的统计学差异, $P>0.05$;护理后,研究组患者的焦虑抑郁评分较低,对照组偏高, $P<0.05$ 。

表2对比分析患者焦虑抑郁评分($\bar{X} \pm s$,分)

组别	例数	SDS评分		SAS评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	57	22.34 ± 4.28	12.37 ± 1.53	24.79 ± 7.24	13.15 ± 2.21
研究组	57	22.23 ± 4.32	6.25 ± 1.42	24.78 ± 7.26	5.56 ± 1.36
t	--	0.137	22.135	0.007	22.083
P	--	0.892	0.000	0.994	0.000

2.3GMFM 评分、WISC-R 评分以及 DQ 评分

表 3 示, 护理前, 研究组与对照组相对比患者 GMFM 评分、WISC-R 评分以及 DQ 评分无显著的统计学差异, P>0.05; 护理后, 研究组患者的 GMFM 评分、WISC-R 评分以及 DQ 评分偏高, 对照组偏低, P<0.05。

表 3 对比分析 GMFM 评分、WISC-R 评分以及 DQ 评分 ($\bar{X} \pm s$, 分)

组别	例数	GMFM 评分		WISC-R 评分		DQ 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	57	38.45 ± 6.22	50.42 ± 7.38	47.66 ± 3.32	60.99 ± 4.78	32.54 ± 3.36	44.22 ± 4.28
		39.68 ± 6.23	69.77 ± 8.66	47.68 ± 3.34	80.45 ± 5.99	33.78 ± 3.42	60.38 ± 5.47
t	--	1.055	12.839	0.032	19.171	1.953	17.566
P	--	0.294	0.000	0.974	0.000	0.053	0.000

3 讨论

心理康复教育的主要内容涉及集体康复教学、小组康复教学、一对一康复教学以及家庭康复教学等,以患者的不同视角作为出发点,最大程度上为患儿进行教育。在健康教育期间,使得患儿的多方面能力都能够得到良好的锻炼,主要涉及运动、认知、行为、语言表达、人际沟通以及生活自理等,增加患者的心理自信心,充分获得家庭支持与同伴之间的信任,对积极促进智力障碍的整体恢复具有良好的效果^[8-9]。

上述研究数据得出: 研究组患者的护理满意度高 (96.49%), 对照组护理满意度较低 (82.46%), P<0.05; 护理后, 研究组患者的焦虑抑郁评分较低, 对照组偏高, P<0.05。护理后, 研究组患者的 GMFM 评分、WISC-R 评分以及 DQ 评分偏高, 对照组偏低, P<0.05。分析原因: 心理康复教育可直接影响患者的智力身心发展, 若患者的心理康复教育程度越好其患者的心理健康程度越好, 同时可最大程度上提升患者的心理康复水平^[10-11]。护士均通过内部、外部因素入手予以患者针对性的健康教育措施。重点分析智力障碍儿童的内部因素, 并且予以针对性的优化, 提升患者的自我修复完善能力, 指导患者能够良好的控制情绪, 采用医学手段充分治疗患者生理缺陷, 加深认识自我, 做出自我正确评价, 及时学会解决问题, 积极提升患者的治疗护理积极性与主动性^[12]。

总结上述研究, 智力障碍儿童患者行心理康复教育可积极改善其焦虑抑郁程度, 改善运动功能、智力发育程度以及认知功能, 稳定患者的

心理状态, 建议临床不断深入研究与推广。

参考文献:

[1]严茹, 许有云, 潘威. 心理弹性视角下智力障碍儿童心理康复教育的干预模式研究[J]. 教育现代化, 2018, 5(52):324-325+343.

[2]Jf A, Kl B. Cognitive and academic profiles in children with cerebral palsy: A narrative review - ScienceDirect[J]. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine, 2020, 63(5):447-456.

[3]何胜晓. 创伤聚焦单元干预听力障碍和智力障碍儿童心理应激障碍的研究[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2018, 40(10):4.

[4]张莹, 简芳芳, 张金宝, 等. 神经及语言刺激疗法联合心理干预在语言障碍儿童康复中的应用效果[J]. 中国听力语言康复科学杂志, 2021, 19(4):4.

[5]Chikage, Kikuta, Makiko, et al. An Evaluation on the Effectiveness of an Original Method Using Squashed Meals at Residential Hospitals for Persons with Severe Motor and Intellectual Disabilities[J]. Journal of the Japan Dietetic Association, 2019, 62(5):255-263.

[6]王佳殷. 运动康复联合针对性心理干预在老年冠心病心衰患者中的应用效果观察[J]. 中国实用医药, 2022, 17(15):3.

[7]王燕萍, 罗敏娟, 胡艳. 导向性心理干预联合健康教育在脊柱骨折患者围术期中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27(24):4.

[8]陈洁, 胡民拥. 基于人格发展理论的心理健康教育对特殊儿童身心健康发展的影响分析[J]. 教育观察, 2019, 8(37):3.

[9]彭纓婷, 陈萍, 陈晓静. 共情护理对手外伤康复患者心理弹性、心理状态及生活质量的影响[J]. 国际护理学杂志, 2022, 41(13):2368-2371.

[10]罗六妹, 陈冰, 黄翠梅, 等. 机构结构化教育结合家庭康复训练模式对孤独症儿童母亲亲职压力的影响[J]. 中国当代医药, 2020, 27(7):3.

[11]孙圣涛, 曹雅静, 史斐. 父母体罚对智力障碍儿童同伴交往问题的影响: 认知灵活性的中介及母亲受教育程度的调节[J]. 心理技术与应用, 2021, 009(011):689-697.

[12]赵玉霞, 张姝好, 吴静静, 等. 音乐活动和韵律压力感知训练对孤独症和智力障碍儿童认知功能和语言的影响[J]. 临床精神医学杂志, 2020, 30(5):4.