

医院—家庭延续性护理对肠造口患儿照顾者的影响分析

石念轩

(华中科技大学同济医学院附属同济医院 湖北武汉 430000)

摘要:目的:探讨医院—家庭延续性护理对肠造口患儿照顾者的影响。方法:选择我院在2023年1月至2023年12月收治的58例肠造口患儿的照顾者当作观察对象,按照随机法分为参照组与实验组各29例。参照组施以常规延续性护理,实验组加强实施医院—家庭延续性护理模式,比较两组的应对方式与心理韧性水平、照护能力等观察指标。结果:实验组的面对得分比参照组高, $P < 0.05$ 。实验组屈服、回避评分比参照组低, $P < 0.05$ 。干预前两组的CD-RISC评分、照护能力评分相匹配, $P > 0.05$ 。干预后CD-RISC评分、照护能力评分比干预前高, $P < 0.05$ 。干预后实验组的CD-RISC评分、照护能力评分比参照组高, $P < 0.05$ 。结论:医院—家庭延续性护理可改善肠造口患儿照顾者的心理韧性和应对方式,提高照顾者的照护能力。

关键词:医院—家庭延续性护理;肠造口;患儿;照顾者

肠造口是指通过手术方式将肠管与腹壁相通后形成的“人工肛门”,粪便由此改道并借助造口袋收集排泄物。肠造口患儿的照顾者面临着身心与经济及社会等多方面的照顾负担,需要护士为患儿提供优质护理服务的同时,重视对照顾者的护理管理,改善照顾者的知信行,使其能够胜任照护任务。肠造口患儿的恢复期长,需要优化延续性护理模式,建议实施医院—家庭延续性护理模式,护士遵循以患者为中心的现代服务理念,将医院内的护理服务延伸到居家护理服务中,医务人员与家属共同为患儿提供持续高效的护理服务。通过对肠造口患儿的照顾者实施医院—家庭延续性护理模式干预,可强化照顾者的照护能力,降低肠造口患儿的并发症率,加速患儿的预后改善与康复进程。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院在2023年1月至2023年12月收治的58例肠造口患儿的照顾者当作观察对象。纳入标准:照顾者知情同意;照顾者具备正常的沟通能力;患儿符合手术指征。排除标准:照顾者精神意识障碍;照顾者配合度差;患儿及照顾者的资料缺失。随机分组各29例,参照组的患儿年龄范围为半岁到12岁,年龄平均 3.3 ± 1.2 岁;男性14例,女性15例;照顾者年龄平均 28.7 ± 3.1 岁,男性8例,女性21例。实验组的患儿年龄范围为半岁到12岁,年龄平均 3.7 ± 1.6 岁;男性13例,女性16例;照顾者年龄平均 28.6 ± 3.2 岁,男性10例,女性19例。两组的基础数据比较无统计学差异, $P > 0.05$ 。

1.2 方法

参照组接受传统的延续性护理,护士通过电话随访方式,了解患儿的恢复情况,根据居家护理中的健康问题提供健康指导,叮嘱家属定期复查。实验组实施医院—家庭延续性护理干预,方法如下:通过电话、微信、

门诊等方式定期随访,及时解决照顾者遇到的问题。护士倾听照顾者的照顾体验,照顾任务完成情况,并搭建微信群等日常沟通交流平台,便于照顾者之间进行相互的分享、交流和鼓励。针对于文化程度和照护能力、家庭功能等因素对照顾者心理韧性和应对方式等方面的不良影响,通过微信与电话等随访方式进行个体化的健康教育,帮助不同文化水平和认知需求的照顾者重建认知结构体系。评估患儿的家庭需求,实施家庭正向行为支持方案,提高家庭凝聚力,改善家庭环境。鼓励照顾者通过建立生活新目标来重塑家庭功能。组建患儿延续性造口护理小组,与家庭形成合作伙伴关系,定期评价主要照顾者居家护理完成情况。通过介绍造口患儿线上互助群、造口患儿家庭护理交流沙龙等方式,拓宽家庭外部资源等途径,帮助照顾者全面了解和适应患儿造口居家护理任务,了解造口患儿的喂养、抚触、肠造口及皮肤护理等照护活动的实施要点及注意事项。并对照顾者给予激励和安慰,使其主动通过多种途径认识并学习造口和清理各类患儿造口护理产品,强化造口护理技巧。

1.3 观察指标

1.3.1 照护能力

用自拟量表评估肠造口患儿居家照顾者的照护能力,量表涉及造口认知、造口护理基本技能、日常生活照护相关知识、术后并发症识别与应对、照顾者执行力的五个维度,共34个条目。采用Likert 5级评分法,从完全不能做到至完全能做到依次赋值1~5分。总分为34~170分,得分越高表示照顾者的照护能力越强。

1.3.2 心理弹性

用心理弹性量表(CD-RISC)进行评价。该量表含乐观、自强、坚韧的三个维度,采取百分制,得分越高表示照顾者的心理弹性越好。

1.3.3 应对方式

医学应对方式问卷 (MCMQ) 的量表含面对、屈服、回避的三个维度,共 20 个条目,各条目采取 4 级评分法。

1.4 统计学方法

用 spss21.0 软件处理数据,计量数据用均数 ± 标准差表示,行 t 检验其数据是否符合正态分布;计数资料用[n/%]表示,行 X²检验差异性;组间统计学差异用 P < 0.05 表示。

2 结果

2.1 应对方式

实验组的面对得分比参照组高, P < 0.05。实验组屈服、回避评分比参照组低, P < 0.05, 如表 1 所示。

表 1 MCMQ 评分比对 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	面对	屈服	回避
参照组	29	17.27 ± 3.78	7.64 ± 2.48	15.57 ± 3.41
实验组	29	19.16 ± 4.34	5.31 ± 1.65	12.27 ± 2.34
t		5.241	5.227	6.204
P		0.020	0.020	0.015

2.2 心理弹性

干预前两组的 CD-RISC 评分相匹配, P > 0.05。干预后 CD-RISC 评分比干预前高, P < 0.05。干预后实验组的 CD-RISC 评分比参照组高, P < 0.05, 如表 2 所示。

表 2 心理弹性水平比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	干预前	干预后	t	P
参照组	29	49.35 ± 3.27	62.24 ± 5.25	14.678	0.000
实验组	29	49.78 ± 3.41	73.37 ± 6.46	25.336	0.000
t		0.627	12.645		
P		0.338	0.000		

2.3 照护能力

干预前两组的照护能力评分相匹配, P > 0.05。干预后照护能力评分比干预前高, P < 0.05。干预后实验组的照护能力评分比参照组高, P < 0.05, 如表 3 所示。

表 3 照护能力比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	干预前	干预后	t	P
参照组	29	121.47 ± 12.53	142.41 ± 15.19	14.642	0.000
实验组	29	121.53 ± 13.32	156.12 ± 16.26	37.348	0.000
t		0.624	16.624		
P		0.335	0.000		

3 讨论

在肠造口患儿的家庭护理中, 主要照顾者的知信行直接影响护理成效和患儿恢复情况。实施医院一家庭延续性护理的模式, 使得护士加强了对照顾者的健康教育等护理管理, 可提高照顾者的参与感和信任度, 弥补常规延续性护理的不足, 利于推进护理服务质量的持续改

进。

在应对方式指标方面, 实验组优于参照组, 有明显的差异, 提示医院一家庭延续性护理可提高照顾者的护理能动性。在医院一家庭延续性护理中, 护士通过微信和电话随访等方式, 从影响照顾者积极应对肠造口患儿照护任务的因素入手, 包括认知度低、家庭支持度低、照护任务繁琐等因素的影响, 通过多种途径和方式进行宣教和技术指导, 提高健康管理知识掌握度, 使其客观看待肠造口患儿的照护任务, 明确自身照护者的角色定位, 积极投入到对患儿的护理管理中来^[1]。

在心理韧性指标方面, 实验组优于参照组, 有明显的差异, 提示医院一家庭延续性护理可改善照顾者的负面情绪。护士在医院一家庭延续性护理中, 不仅对照顾者进行健康教育, 使其掌握居家护理的注意事项和操作要点, 更关注照顾者的心理问题和精神压力, 通过微信等顺畅的沟通渠道, 主动向照顾者投入人文关怀, 使其掌握情绪自我调整的方法, 全身心的投入到患儿照护任务中来^[2]。

在照护能力评分方面, 实验组高于参照组, 有明显的差异, 提示医院一家庭延续性护理可改善照顾者的健康观念与管理行为。照顾者在医院一家庭延续性护理模式中, 获得肠造口患儿照护方法和技巧的途径更多, 可以主动线上咨询护士, 也可以线上与其他照顾者进行交流, 获得心理平衡的同时, 掌握更多健康管理知识与方法。护士主动了解患儿居家护理中的健康问题, 明确照顾者的照护任务执行情况, 分析护理问题的原因, 提出建设性的整改意见, 让护理措施始终贴合患儿的病情特点和护理服务需求, 减少并发症的同时, 提高患儿的舒适度和生存质量, 达到预期的延续性护理效果^[3]。

综上所述, 医院一家庭延续性护理可改善肠造口患儿照顾者的心理韧性和应对方式, 提高照顾者的照护能力。本次研究存在研究病例少和研究时间短等不足, 有较大的完善空间, 值得深入研究。

参考文献:

- [1]李荣,李娜,于小燕,等.医院一家庭延续性护理对肠造口患儿照顾者的影响[J].全科护理,2022,20(27):3799-3803.
- [2]李新,韩月皎,王亚菲,等.139 名肠造口患儿主要照顾者家庭坚韧性现状及影响因素分析[J].护理学报,2022,29(18):63-68.
- [3]邓小丽,王卓群,黄秀风.家庭参与护理对肠造口患儿的效果及对家属情绪影响[J].中国社区医师,2022,38(20):111-113.