

# 肠造口患儿的心理护理分析

杨璐

(华中科技大学同济医学院附属同济医院 湖北 武汉 430000)

**摘要:**目的讨论肠造口患儿的心理护理措施及效果,旨在优化患儿的护理管理模式,提高患儿的配合度与依从性,促使临床操作得以顺利进行与发挥效用。方法将我院在2019年1月-2021年12月收治的58例肠造口患儿作为观察对象,随机分为对照组(施以常规护理)、研究组(接受心理护理)各29例,比对两组临床干预结果。结果研究组的焦虑与合作行为等级优于对照组,  $P < 0.05$ 。干预前两组患儿的心理状态评分相匹配,  $P > 0.05$ 。干预后心理状态评分比干预前低,  $P < 0.05$ 。干预后研究组心理状态评分比对照组低,  $P < 0.05$ 。研究组的护理满意度(93.10)高于对照组(65.52%),  $P < 0.05$ 。研究组的舒适度评分高于对照组,  $P < 0.05$ 。结论肠造口患儿接受心理护理干预,能够提高患儿治疗的配合度,稳定患儿的身心状态,加速预后转归,值得推广应用。

**关键词:**肠造口; 患儿; 心理护理; 应用效果

肠造口手术是临床治疗与缓解儿童肠坏死或急性肠梗阻及腹腔感染等危急重症的重要手术措施。肠造口具有创伤性和并发症较多,会给患儿带来较多的心理应激,直接影响治疗的配合度。负面情绪也是引发各种不适症状的致病因素,对整体疗效的影响较大。本着三分治疗七分护理的服务理念,在治疗基础上施行护理干预,对临床疗效提升有积极辅助作用<sup>[1]</sup>。尤其是心理护理干预,能够帮助患儿摆脱不良情绪的刺激,缓解心理障碍,提高治疗配合度与安全感,具体报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

将我院收治的58例肠造口患儿作为观察对象。纳入标准:①患儿具备肠造口手术的指征;②年龄在8-13岁之间;③家属均知情同意。排除标准:①精神意识障碍;②临床资料不全;③脏器功能障碍;④配合度差。随机分组各29例。研究组中女14例、男15例;年龄平均 $9.3 \pm 1.5$ 岁。对照组中女15例、男14例;平均年龄 $9.5 \pm 1.4$ 岁。两组基础资料相匹配,  $P > 0.05$ 。

### 1.2 方法

对照组施以常规护理,包括基础护理与饮食护理及生命体征监测等措施干预。研究组在其基础上施以心理护理干预,具体方法如下:

#### 1.2.1 心理评估

与家属进行有效的沟通,广泛收集患儿的基础资料,评估患儿的心理状况,围绕患儿的性格特点与心理状态评估结果,找出规律性问题,制定针对性的心理护理方案。护理人员接受系统性的患儿心理护理培训教育,掌握患儿的心理特点与护理要点及注意事项等方面的内容,能够得心应手的展开岗位工作。

#### 1.2.2 心理疏导

根据患儿的心理特点,施行个体化与有效的心理护理干预。对于心理退化型的患儿,从患儿感兴趣的话题入手,通过激励性和肯定性等语言疏导负面心理,多通过抚触与拥抱及握手等肢体语言进行心理安慰。对于勇敢型的患儿,在侵入性操作前,用赞扬性的语言和物质奖励等措施,帮助患儿进行心理建设,提高患儿治疗信心。针对于依赖型的患儿,多用暗示性与安慰性等语言给予鼓励支持,用角色扮演的游戏或热情的服务态度,主动与患儿构建良好的护患关系,帮助患儿缓解心理压力,放松心理警惕。针对于恐惧型的患儿,可通过观看动画片或树立勇敢榜样与家庭力量支持等措施疏导心理,放松其精神压力,转移其注意力,激发患儿的勇敢行为。做好家属的心理护理与健康教育工作,疏导家属的不良情绪与负面心理,使其给予患儿更多的家庭力量支持,提高患儿的心理韧性。肠造口术的手术应激反应较大且恢复期长,对患儿的身心有着极大的考验,要求护理人员细心发觉患儿的心理变化,通过语言疏导和肢

表1 Venham 分级对比 (n,%)

组别	n	0级	1级	2级	3级	4级
对照组	29	0(0)	0(0)	7(24.14)	8(27.59)	14(48.28)

体语言鼓励等措施,传递积极信心与正能量,激发患儿的表现欲和治疗的信心。教会患儿与家属如何运用放松训练与心理暗示等措施自我调整情绪,逐步摆脱不良情绪的刺激。

#### 1.2.3 环境干预

患儿面对陌生的病房环境,会产生紧张与焦虑的心理。为缓解患儿的心理障碍,需迎合患儿的年龄与心理及生理等特征,利用动画图片或玩具及贴纸等措施,合理布置病房环境。加强环境介绍,提高患儿的安全感与舒适度,缓解其不良情绪。

#### 1.2.4 健康指导

对患儿及家属讲解疾病与治疗 and 护理等方面的内容,要求其掌握配合要点与注意事项,将其从传统的思想观念和治疗态度中脱离出来,提高其理解度与支持度。根据患儿的病情与生活习惯等情况,制定个性化的健康指导方案,发挥饮食与运动等辅助疗法的作用,促使患儿主动遵循健康生活方式,强化家属督促和护理鼓励的积极性,使其客观看待疾病治疗,从而加速恢复进度。告知负面情绪对疾病发展的影响,使其主动调节情绪,提高自我管理水平和稳定身心状态。提供多途径与多形式的健康教育服务,及时解答患儿的问题,帮助患儿理解与接受病情,提高其认知度。尊重患儿的主体性,体会其内心的感受,引导患儿发泄自己的情感,缓解患儿对疾病和治疗的恐惧。掌握艺术沟通技巧,主动与患儿进行交流,利用通俗易懂的语言满足患儿的心理需求,消除其心理疑问。

#### 1.2.5 社会支持

鼓励家属间进行沟通交流,互相分享有效患儿心理等护理方面的经验,使其掌握更多的护理管理方法。尊重患儿及家属的隐私权与知情权等权利,做好操作解释与情绪安抚及信息咨询等服务工作,为其提供更多的人文关怀与社会支持,营造轻松和谐的氛围与环境,放松患儿的警惕与治疗的抵触心理。

## 1.3 观察指标

通过 Venham 量表评定患者的合作行为,0级表示自如,1级表示不自然,2级表示紧张,3级表示勉强,4级表示恐惧。向患儿及家属发放自拟满意度调查,采取百分计,0-59分为不满意,60-89分为满意,90-100分为非常满意;分数越高表示对医疗服务的满意度越高。参照 SAS 与 SDS 量表,了解患儿干预前后的焦虑抑郁心理状态改善程度。利用 GCQ 量表评定患者的舒适度情况,采取百分计,分数与舒适度呈正相关。

## 1.4 统计学方法

数据用 spss19.0 软件处理,组间统计学差异用  $P < 0.05$  表示。

## 2 结果

### 2.1 合作行为情况

研究组的合作行为等级优于对照组,  $P < 0.05$ ,如表1所示。

研究组	29	8(27.59)	11(37.93)	7 ( 24.14 )	2 ( 6.90 )	1(3.45)
$\chi^2$		9.280	13.574	0.000	4.350	15.197
P		0.002	0.000	1.000	0.037	0.000

### 2.2 心理状态

干预前两组患儿的心理状态评分相匹配,  $P > 0.05$ 。干预后心理状态评分比干预前低,  $P < 0.05$ 。干预后研究组心理状态评分比对照组低,  $P < 0.05$ , 如表 2 所示。

表 2 心理状态比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

指标	时间	对照组	研究组	t	P
SAS	干预前	46.45 ± 3.12	46.74 ± 3.32	0.245	0.735
	干预后	37.77 ± 2.29	30.64 ± 1.17	11.632	0.001
SDS	干预前	48.24 ± 2.37	48.33 ± 3.62	0.371	0.624
	干预后	37.45 ± 2.25	31.15 ± 1.35	10.632	0.002

### 2.3 满意度情况

研究组的护理满意度 (93.10) 高于对照组 (65.52%),  $P < 0.05$ , 如表 3 所示。

表 3 护理满意度对比 (n, %)

组别	n	非常满意	满意	不满意	满意度
研究组	29	15 (51.72)	12 (41.38)	2 (6.90)	93.10
对照组	29	10 (34.48)	9 (31.03)	10 (34.48)	65.52
$\chi^2$					6.725
P					0.010

### 2.4 舒适度情况

研究组的舒适度评分高于对照组,  $P < 0.05$ , 如表 4 所示。

表 4 舒适度评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

指标	对照组	研究组	t	P
生理	65.32 ± 2.16	96.17 ± 2.45	28.526	0.000
心理	71.48 ± 2.05	92.36 ± 2.33	23.774	0.000
环境	80.65 ± 2.25	95.56 ± 1.64	14.365	0.000
社会生活	69.05 ± 2.23	92.77 ± 1.52	24.414	0.000

### 3 讨论

受病原体的多样性与体格脆弱及免疫力低下等因素的影响, 儿童发生肠道系统疾病的几率较大, 需行暂时性的肠造口手术, 改变患儿的排便通道, 达到解决肠梗阻问题与确保肠道内部的正常蠕动及恢复肠道功能的正常性等方面的治疗目的。但患儿的群体特殊, 心理活动的变化更加复杂, 护理的难度更大。患儿的心理特点, 体现在以下几方面: 一是术前的恐惧心理。患儿术前会产生恐惧与不安等负面情绪, 从而出现哭闹或抵触临床治疗等行为。患儿拒绝接受手术治疗的事实, 抗拒临床操作的治疗, 抵触医护人员与家人。患儿对临床操作的认知度低, 担忧手术安全性与疼痛。家属在疗效与经济等方面存在焦虑心理。患儿术后的生活习惯发生变化, 易引起意志消沉<sup>[1]</sup>。二是术后生活改变不适。患儿因手术改变形象和生活习惯而产生抵触的情绪, 认为手术增加了生活的不变, 对手术存在错误的解读。患儿对手术的理解片面, 无法接受受肠造口治疗方式, 排斥手术引起长期的术后护理。患儿的生活习惯变化, 易促使其产生抑郁心理, 行为方式发生转变, 会带动心理方面的变化。术后的护理时间长, 情绪波动较大。与同龄人进行形象差距的比较, 害怕被同龄人看到后厌恶与歧视而封闭自己, 从而引发自卑心理。由此可见, 接受正确的心理护理显得尤为重要, 改善肠造口患儿的恢复状况, 确保出院护理安全, 实现医疗资源的整合优化与高效利

用<sup>[1]</sup>。

对肠造口患儿施行护理干预, 可改善患儿的合作行为。护理人员根据患儿的心理变化与心理需求, 提供针对性的心理咨询和疏导等服务, 患儿能够切实护理人员的关心与信心及爱心。根据心理状态评估结果, 提供针对性与个体化的安慰与解释及鼓励, 建立其手术治疗的自信, 切实尊重与理解患儿, 从而构建良好的护患关系, 提高对临床操作的配合度与依从性<sup>[1]</sup>。

对肠造口患儿施行护理干预, 可改善患儿的心理状态。制定针对性的心理护理方案, 对不同性格特点与心理状态的患儿, 提供有效性的心理护理方案, 通过顺情和移情等措施, 切实解决患儿的心理障碍问题。施行多途径与多形式的健康教育工作, 说明手术的必要性, 收集患儿的意见想法, 做出针对性的思想引导与情感疏导及知识宣教, 尤其是利用游戏情境等措施展开健康宣教, 做好解疑答惑与操作解释等措施, 更利于消除其心理疑问, 使其慢慢接受现实, 从而稳定身心状态, 用更加积极态度接受疾病治疗<sup>[1]</sup>。

对肠造口患儿施行护理干预, 可提高患儿及家属的医疗服务满意度。患儿属于特殊的群体, 对护理人员的依赖度较大, 要求护理人员具备高度的责任意识与服务意识, 规范落实心理处理措施, 弥补常规护理的不足, 以此推动医疗服务质量和效益的持续改进。热情的服务态度和高超的护理操作技能, 患儿及家属的信任度与安全感更强, 更利于提高对医疗服务的满意度。影响患儿出现负面心理与消极情绪的因素较多, 需落实整体性的心理护理措施干预, 包括行为支持与认知支持及社会支持等, 能够快速稳定患儿的心理状态, 让家属看到医护人员护理操作的专业性与人文性。除发挥医护人员的心理护理价值外, 更注重家庭力量支持对稳定患儿身心状态方面的作用, 教会家属如何正确的施行心理护理, 主动拉近与家属间的关系, 促使家属的护理接受度及认同感逐步强化<sup>[6]</sup>。

对肠造口患儿施行护理干预, 可提高患儿的整体舒适度。负面情绪是多种因素共同作用的结果, 在健康宣教中更注重患儿生活习惯的引导, 发挥饮食与运动等辅助疗法干预, 尽可能的减少造口手术带来的不便, 可疏导患儿及家属的不快感。

综上所述, 心理护理的干预价值更高, 值得深入研究。

#### 参考文献

- [1]曾爽. 延续护理对直肠癌术后永久性造口患者心理状态的影响[J]. 沈阳医学院学报, 2022, 24(1): 63-66, 93.
- [2]刘丽, 孙继红, 赵东征, 等. 亲情化护理结合暗示性心理护理在肠造瘘术后患儿造口护理中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27(14): 137-138.
- [3]丁慧慧, 吴春妹, 徐丹. 家庭功能对直肠癌术后永久性结肠造口患者自我护理行为、心理健康的影响[J]. 健康研究, 2021, 41(6): 644-647.
- [4]刘婷, 荣菲, 孙霞. 格林模式健康教育对行永久性结肠造口术患者心理状态和自我护理能力的影响[J]. 中西医结合护理(中英文), 2021, 7(4): 121-123.
- [5]王婷, 范亚丽, 段姗姗. 延续性护理对直肠癌造口患者心理状态和护理满意度的影响分析[J]. 医药前沿, 2021, 11(33): 165-166.
- [6]褚国城. 叙事医学护理模式对永久性结肠造口患者病耻感及心理危机水平的影响[J]. 中外医学研究, 2021, 19(27): 108-111.