

心理干预联合健康教育干预应用于慢性胃炎护理的效果

高仁莲

(沂南县人民医院, 山东 临沂 376300)

【摘要】目的: 本文研究心理干预联合健康教育干预应用于慢性胃炎护理的效果。**方法:** 研究时间:2019年2月到2022年2月。研究对象: 我院收取的90例慢性胃炎患者, 随机进行分组, 每组患者数量:45例。常规组采用常规护理。研究组采用心理干预联合健康教育。最后收集并分析患者的护理质量、生活质量、心理状态、睡眠质量、自我管理能力和健康知识掌握水平、满意度、不良事件情况等数据。**结果:** 研究组护理质量评分高于常规组, $P < 0.05$ 。研究组患者对生活质量评分数据高于常规组, $P < 0.05$ 。研究组不良心理状态评分低于常规组, $P < 0.05$ 。研究组患者睡眠质量数据高于常规组, $P < 0.05$ 。研究组患者自我管理高于常规组, $P < 0.05$ 。护理后研究组患者健康教育知识水平高于常规组, $P < 0.05$ 。研究组满意度高于常规组, $P < 0.05$ 。其中, 研究组满意度:97.78% (44例); 常规组满意度:84.44% (38例)。研究组不良事件数量低于常规组, $P < 0.05$ 。其中, 研究组不良事件数量:1例 (2.22%); 常规组不良事件数量:8例 (17.78%)。**结论:** 在针对慢性胃炎的临床护理中, 通过健康教育联合心理干预进行护理能够进一步提供护理品质, 消除患者的负面心理状态, 改善患者的生活质量以及睡眠质量, 提供患者的自我管理能力和对健康知识的掌握水平, 具有更高的满意度, 建议在实际的护理工作中予以推广和采纳。

【关键词】 心理干预; 健康教育; 慢性胃炎

【中图分类号】 R395.5 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1672-3783 (2022) 08-24-216-01

慢性胃炎是一种较为常见的临床疾病, 患者发病后会出现脘腹疼痛、反酸、嗝气、胀满等临床症状, 对患者正常的生活和工作都会造成不良影响, 应当及时为患者予以有效的治疗^[1]。而在治疗期间, 需要为患者予以有效的护理服务, 进而降低患者病情反复的风险。而健康教育和心理干预是较为常见的护理方法, 随着临床医学护理工作的不断发展, 健康教育以及心理干预护理在更多的临床疾病中得到应用, 并具有显著的护理效果^[2]。因此, 本文将选择2019年2月到2022年2月期间我院收取的90例慢性胃炎患者作为研究对象, 针对心理干预联合健康教育干预应用于慢性胃炎护理的临床效果展开分析。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

研究时间:2019年2月到2022年2月。研究对象: 我院收取的90例慢性胃炎患者, 随机进行分组, 每组患者数量:45例。一般资料: 研究组: 男性:22例、女性:23例, 平均年龄: (54.14±10.32)岁; 常规组: 男性:21例、女性:24例, 平均年龄: (54.23±10.17)岁。采集慢性胃炎患者的一般资料分析。数据显示: $P > 0.05$, 可以进行对比研究。

1.2 方法

常规组采用常规护理。对患者进行生活护理、用药指导、饮食干预等护理。

研究组采用心理干预联合健康教育。第一, 建立专门的护理小组, 由护士长作为组长, 选择具有丰富经验的护理人员^[3]。对所有护理人员进行专业的培训。让护理人员掌握正确的健康宣教方法和心理疏导技巧。再由护士长负责安排工作, 保证所有护理人员能够明确自身的岗位职责, 让护理人员能够有效进行团队协作护理。在护理过程中需要对患者病情进行评估^[4]。在患者入院后第一时间收集患者相关资料, 并为患者进行相关的检查和评估。掌握患者的胃功能水平等指标数据, 为患者建立独立档案进行管理。第二, 心理干预。通过亲切的沟通与交流与患者建立良好的信任关系, 站在患者的角度去思考, 掌握患者的真实诉求。在交流中告知患者自身的身体状况, 让患者能够对自身疾病产生正确的认知, 并掌握患者的内心波动, 根据患者的实际情况进行心理疏导^[5]。改变患者的心理状态, 帮助患者树立积极、乐观的心态^[6]。此外, 引导患者通过音乐缓解法、冥想以及深呼吸训练法等方式逐渐控制自身的情绪, 调整自身的心理状态^[7]。第三, 健康教育: 护理人员需要根据疾病基本知识、检查注意事项、饮食干预、运动干预、并发症预防、身体锻炼等内容分别制作成宣传册、视频等宣教材料^[8]。在治疗期间, 为患者及家属进行全面的宣教, 通过一对一讲解、宣传册、视频以及知识讲座等方式告知患者自身疾病的相关知识以及在日常生活中需要注意的自我管理事项^[9]。让患者能够对自身疾病以及治疗护理工作产生正确的理解, 面对患者产生的疑问及时进行解答, 进一步消除患者对疾病的紧张、恐惧心理。并根据患者实际情况予以出院指导, 引导患者建立健康正确的生

活方式, 告知患者应当在生活中通过适当的运动以及健康的饮食提高自身免疫功能, 纠正患者不健康的饮食结构, 减少食用生冷、辛辣、油腻的食物, 多食杂粮类、蔬菜类食物。在饮食中细嚼慢咽、少食多餐^[10]。此外, 定期对患者进行随访, 针对患者在自我管理过程中产生的问题予以解答和指导。

1.3 观察指标

收集并分析患者的护理质量、生活质量、心理状态、睡眠质量、自我管理能力和健康知识掌握水平、满意度、不良事件情况等数据。(1) 护理质量: 选择我院自制调查表获取数据, 分数与护理质量呈正相关。(2) 生活质量: 选择量表(GQOLI-74)获取数据, 分数与生活质量呈正相关。(3) 心理状态: 选择SDS量表以及SAS量表获取数据, 分数与心理状态呈负相关。(4) 睡眠质量: 选择量表(PSQI)获取数据, 共7项, 每项0-3分, 共计21分, 分数与睡眠质量呈正相关。(5) 自我管理: 通过(ESCA)量表采集数据, 分数与自我管理呈正相关。(6) 健康知识掌握水平: 选择我院自制调查表获取数据, 包括3个维度25项, 每项0分-4分, 分数与健康教育知识呈正相关。(7) 满意度: 使用自制调查表采集数据, 分数100分, 数据整理为三个等级。满意度 = (十分满意 + 基本满意) / 病例数 * 100.00%。(8) 不良事件: 反酸、呕吐、腹痛等。

1.4 统计学方法

使用SPSS 19.0软件处理各项数据。通过率(%)表示满意度、不良事件情况等计数数据, 通过 χ^2 检验。通过 \pm 标准差表示护理质量、生活质量、心理状态、睡眠质量、自我管理能力和健康知识掌握水平等计量数据, 经t检验。数据判定标准: $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 患者护理质量比较

研究组护理质量评分高于常规组, $P < 0.05$ 。表1为护理质量数据。

表1 患者护理质量数据(分)

组别	n	基础护理	护理环境	护理文书	服务态度
研究组	45	94.58±2.67	91.28±3.56	93.74±4.58	94.28±2.14
常规组	45	84.29±4.28	81.67±5.29	84.17±6.94	83.88±4.58
t	--	13.683	10.110	7.720	13.800
p	--	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 患者生活质量比较

研究组患者对生活质量评分数据高于常规组, $P < 0.05$ 。表2为生活质量数据。

2.3 患者心理状态比较

护理前患者均存在严重负面心理问题, 护理后研究组不良心理状态评分低于常规组, $P < 0.05$ 。表3为心理状态数据。

2.4 患者睡眠质量比较

研究组患者睡眠质量数据高于常规组, $P < 0.05$ 。表4为睡眠质量数据。

表2 患者生活质量数据(分)

组别	n	生理功能	社会功能	心理功能	精神状态
研究组	45	88.51±4.69	85.22±2.74	89.41±3.69	81.28±4.08
常规组	45	78.64±7.91	71.74±3.67	75.11±7.98	74.81±7.17
t	--	7.199	19.743	10.910	5.261
p	--	0.000	0.000	0.000	0.000

表3 患者心理状态数据(分)

组别	n	SAS		SDS	
		护理前	护理后	护理前	护理后
研究组	45	70.28±10.25	32.17±4.84	74.41±11.36	30.17±3.78
常规组	45	70.69±10.31	45.26±7.52	74.92±11.27	47.18±6.19
t	--	0.189	9.818	0.213	15.732
p	--	0.850	0.000	0.831	0.000

表4 患者睡眠质量数据(分)

组别	n	入睡时间	睡眠效率	催眠药物	睡眠时间	睡眠质量	睡眠障碍	日间功能	总分
研究组	45	2.57±0.37	2.66±0.28	2.47±0.41	2.52±0.24	2.51±0.32	2.67±0.24	2.48±0.34	17.11±1.02
常规组	45	1.84±0.52	1.52±0.41	1.69±0.48	1.74±0.38	1.58±0.51	1.92±0.35	1.57±0.54	10.58±1.84
t	--	--	--	--	--	--	--	--	20.821
p	--	--	--	--	--	--	--	--	0.000

2.5 患者自我管理能力的比较

在经过不同护理后,研究组患者自我管理高于常规组, P < 0.05。表5为患者自我管理数据。

2.6 患者健康知识掌握水平比较

护理后研究组患者健康教育知识水平高于常规组, P < 0.05。表6为健康教育知识水平数据。

表5 患者自我管理数据(分)

组别	n	自我护理	解决问题	情绪处理	伙伴关系
研究组	45	84.27±3.47	67.17±5.21	57.89±4.28	72.65±3.19
常规组	45	71.25±7.25	58.61±6.08	42.99±5.91	61.58±4.28
t	--	10.866	7.171	13.697	13.911
p	--	0.000	0.000	0.000	0.000

表6 健康教育知识水平数据(分)

组别	n	认知领域		操作领域		情感领域	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
研究组	45	17.45±5.58	31.55±2.47	22.24±6.64	36.78±3.14	10.25±5.87	20.47±2.47
常规组	45	17.52±5.47	24.23±4.06	22.61±6.17	31.01±5.07	10.41±5.91	16.11±4.52
t	-	0.060	8.181	0.273	6.490	0.128	5.678
p	-	0.944	0.000	0.784	0.000	0.897	0.000

2.7 患者满意度比较

研究组满意度: 97.78% (44例); 常规组满意度: 84.44% (38例)。研究组满意度高于常规组, P < 0.05。表7为患者满意度数据。

表7 患者满意度数据

组别	n	十分满意	一般满意	不满意	满意度
研究组	45	23 (51.11%)	21 (46.67%)	1 (2.22%)	44 (97.78%)
常规组	45	18 (40.00%)	20 (44.44%)	7 (15.56%)	38 (84.44%)
χ ²	--	--	--	--	4.939
p	--	--	--	--	0.026

2.8 患者不良事件比较

研究组不良事件数量: 1例 (2.22%); 常规组不良事件数量: 8例 (17.78%)。研究组不良事件数量低于常规组, P < 0.05。表8为患者不良事件数据。

表8 患者不良事件数据(%)

组别	n	呕吐	腹痛	反酸	总几率
研究组	45	1 (2.22%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (2.22%)
常规组	45	3 (6.67%)	2 (4.44%)	3 (6.67%)	8 (17.78%)
χ ²	--	--	--	--	6.049
p	--	--	--	--	0.013

3 讨论

慢性胃炎是一种发病率较高的消化系统慢性疾病,通常是多种因素导致的慢性胃黏膜炎症。患者在发病后会出现胃痛、胃黏膜腺体萎缩,严重时会出现上皮内瘤变,进而有可能导致患者出现胃癌^[11]。慢性胃炎的发病因素相对复杂,根据研究显示:患者发病与饮食方式不健康、幽门螺杆菌感染、酗酒等因素有一定关联,部分患者由于药物不良反应、胆汁反流以及免疫功能紊乱等情况也有可能引发慢性胃炎^[12]。患者在发病后通常伴有食欲降低、反酸、嗝气、乏力等情况,部分患者会出现贫血等症状,对患者正常的生活和工作都会造成不良影响。根据临床医学统计,慢性胃炎主要分为浅表性胃炎以及萎缩性胃炎。患者发病后通常需要予以药物进行治疗干预,部分患者会通过手术的方式进行治疗,一般预后水平良好,但是却有复发的风险^[13]。这就需要为患者予以有效的护理干预,指导患者正确的面对治疗和护理工作,提高患者的生活质量,让患者能够积极的配合治疗工作^[14]。而心理干预和健康宣教是较为常见的护理内容,在很多临床疾病的护理工作中都会有所应用,并获得较为显著的护理成果,逐渐被人们所认可。通过健康教育以及心理干预能够有效改善患者的负面情绪,让患者掌握自我护理的相关知识,改善患者生存状态,降低患者的心理压力,并以更积极的心态接受治疗工作^[15]。根据本文数据显示:研究组护理质量、生活质量以及睡眠质量的评分高

于常规组,而研究组不良心理状态评分低于常规组, P < 0.05。这说明在为慢性胃炎患者进行健康宣教以及心理干预后,患者能够更好的控制日常生活习惯和饮食结构,有效缓解患者临床症状以及疼痛感,并进一步消除患者由于自身疾病以及不适情况产生的负面情绪,进而患者生活质量得到改善,舒适度提高,睡眠质量能够有明显的改善。同时,在为患者予以健康宣教后,患者能够有效了解自身的身体状况以及疾病的相关知识,能够在日常生活中注意对自己胃部的保护,逐渐纠正自己不健康的饮食方式和生活习惯。根据本文数据显示:研究组患者自我管理高于常规组以及健康教育知识水平高于常规组, P < 0.05。由此可见,健康教育联合心理干预能够对慢性胃炎患者的临床护理工作起到十分重要的作用。

综上所述,在针对慢性胃炎的临床护理中,通过健康教育联合心理干预进行护理能够进一步提供护理品质,消除患者的负面心理状态,改善患者的生活质量以及睡眠质量,提供患者的自我管理能力和对健康知识的掌握水平,具有更高的满意度,建议在实际的护理工作中予以推广和采纳。

参考文献

- [1] 陈阔,崔光亮.基于Orem自理理论的护理干预对慢性胃炎患者自护能力及生活质量的影响[J].临床医学工程,2022,29(01):121-122.
- [2] 潘莹莹.基于艾瑞姆理论的自护护理模式在慢性胃炎老年患者护理中的应用价值[J].中外医学研究,2022,20(02):94-97.
- [3] 陈玉.基于微信平台的护理延伸服务在慢性胃炎患者中的应用效果[J].现代养生,2022,22(01):46-48.
- [4] 杨春花,安园园,张建峰.心智觉知训练对慢性胃炎患者自我效能、负面情绪及生存质量的影响[J].中国医学前沿杂志(电子版),2021,13(12):127-131.
- [5] 多莹.个性化护理在慢性胃炎及消化性溃疡患者中的应用[J].中国医药指南,2021,19(33):170-171.
- [6] 占小丽,朱其华,朱锐锐,等.心理指导对改善慢性胃炎患者睡眠质量及负面情绪的作用[J].世界睡眠医学杂志,2021,8(11):1977-1978.
- [7] 崔继燕,孟晓旭,侯贝.家庭赋权理论在慢性胃炎伴胃黏膜萎缩糜烂患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(21):159-161.
- [8] 刘宇.人文关怀护理在慢性胃炎患者中的应用效果及对护理质量的影响[J].黑龙江医学,2021,45(20):2193-2194.

(下转第219页)

观察组患者配合行为占比均高于对照组, P < 0.05; 见表 2。

2.3 评价两组干预前后眼压、前房深度、视力

干预前两组患者眼压、前房深度、视力指标值结果比较无统计学意义, P > 0.05; 干预后观察组眼压低、前房深度指标值深、视力指标值高于对照组, P < 0.05; 见表 3。

表 3 评价两组干预前后眼压、前房深度、视力 (n=67, 例)

Table with 7 columns: 组别, 眼压 (mmHg), 前房深度 (mm), 视力, and rows for 观察组, 对照组, t, P.

2.4 评价两组并发症情况

观察组患者并发症发生率, P < 0.05; 见表 4。

表 4 比较两组并发症发生率 (n=67, 例)

Table with 5 columns: 组别, 流泪, 异物感, 雾状遮挡感, 发生率 (%).

3 讨论

急性闭角型青光眼 (AACG) 是常见的眼科急症类型, 指房角关闭, 影响房水排出, 导致眼压急骤上升后出现的一系列病理改变, 如未得到及时有效的治疗则可能导致失明, 处理不当疗效亦会受到影响 [5]。青光眼流行病学资料结果显示 2000 年全世界有 6.68 千万原发性青光眼患者中失明患者比例在 520 万左右 [6], 随着临床医疗技术不断发展进步, 临床针对 AACG 急症处理与手术治疗方法不断改进, 在护理方面内容不断扩展, 患者对护理服务要求也随即提高。

目前临床尚未完全明确 AACG 发病机制, 患病后主要表现为视力下降为主, 早期采取手术治疗可积极预防失明发生, 提高患者生活质量, 但手术作为一种应激刺激源, 术后存在并发症风险, 在多种因素影响下会增加患者身心应激反应, 影响患者遵医意识与护理配合行为, 进而可能影响手术后恢复效果 [7]。而健康教育是临床护理工作中的重要环节, 通过加强健康教育可在一定程度上改善应激反应, 提高患者对疾病的认知水平, 改善护理配合行为, 但传统路径式健康教育模式存在单一、内容枯燥、形式化、教育方法单一等缺陷, 临床应用效果一般, 无法有效满足 AACG 患者健康教育的需求 [8]。如本次研究结果显示, 干预前两组认知能力评分比较无统计学意义, P > 0.05; 两组干预后认知能力评分均高于干预前, P < 0.05; 但干预后观察组患者认知能力评分明显高于对照组, P < 0.05; 观察组患者配合行为占比均高于对照组, P < 0.05; 分析原因发现, 患者的治疗依从性与配合行为是确保治疗效果的重要前提, 尤其对 AACG 行手术治疗的患者而言, 术后遵从医嘱、积极配合护士保健指导与正确用眼, 大部分患者可降低致盲风险, 通过多种教育途径帮助提升患者对疾病的认知能力, 树立正确的健康观念, 提升患者参与治疗的积极主动性, 促进护患交流, 满足患者对健康教育的需求, 提高治疗配合行为与治疗效果。干预前两组患者眼压、前房深度、视力指标值结果比较无统计学意义, P > 0.05; 干预后观察组眼压低、前房深度指标值深、视力指标值高于对照组, P < 0.05; 观察组患者并发症发生率, P < 0.05。分析原因发现, 观察组给予多元化健康教育干预,

表 2 比较两组患者配合行为 [n=67, n(%)]

Table with 7 columns: 组别, 正确用药, 正确用眼, 监测眼压, 情绪控制, 定期复查, 预防跌倒.

护士在对照组教育基础上结合患者个性化特点与实际需求, 结合健康教育、讲座、网络电话随访、同伴教育等多元化健康教育形式, 避免护理断层现象, 提供全程动态化服务, 具有针对性与连续性的特点, 打破传统路径式健康教育模式的局限性。护士开展个案教育、专题教育可提高患者对 AACG 知识的理解程度, 结合同伴教育可为患者提供情感支持, 提高患者治疗配合度与信心, 积极满足患者的护理需求, 结合网络电话随访干预提供延伸服务, 提高护理质量, 提高患者认知水平与配合行为, 纠正患者错误行为, 树立正确观念, 促使患者积极参与到护理过程中, 有效改善症状, 预防并发症发生。多元化健康教育形式易被患者接受, 护士为患者及家属提供对应的生理、心理健康教育, 改善患者及家属的负性情绪, 使得患者感受到人文关怀, 促进护患之间的信任, 提高患者安全感, 纠正患者对健康知识的错误认知, 改变不良生活方式, 提高自我保健能力, 有机结合护理工作与健康教育提高患者及家属在治疗中的主观能动性。

综上所述, 急性闭角型青光眼手术患者实施多元化健康教育干预可提高患者认知水平与配合行为, 改善症状, 积极预防并发症, 值得临床推广应用。

参考文献

List of 8 references regarding AACG patient education and nursing interventions.

(上接第 217 页)

References [9] through [11] on the left side of the page.

References [12] through [15] on the right side of the page.