

个体化护理联合分级心理护理干预对肝胆手术围手术期患者术后恢复的影响

安晶 李建伟^{通讯作者}

北京市延庆区医院(北京大学第三医院延庆医院) 北京 102100

首都医科大学延庆教学医院 北京 102100

【摘要】目的:探讨个体化护理联合分级心理护理干预对围手术期患者术后恢复的意义。**方法:**选取2020至2021年我院肝胆外科收治的120例患者作为研究对象,采用数字表法将其随机分为A组和B组,每组60例。A组患者接受个体化护理联合心理干预,B组患者接受常规护理,对比两组患者的术后并发症发生情况、术后恢复时间、住院时间;对比两组患者的焦虑自评量表(SAS)评分、抑郁自评量表(SDS)评分。**结果:**A组患者的并发症发生率低于B组,术后饮食状况恢复时间、住院时间均短于B组($P<0.05$)。A组患者的焦虑(SAS)评分、抑郁(SDS)评分均低于B组($P<0.05$)。**结论:**围手术期针对肝胆手术患者实施个性化护理联合心理干预,可有效提高患者的护理满意度,降低其不良反应发生率,进而加快了患者的术后恢复进程,缓解其焦虑、抑郁等不良情绪,值得临床应用。

【关键字】肝胆手术;围手术期;个性化护理;心理护理

【中图分类号】R47;R656 **【文献标识码】**B **【文章编号】**1674-1412(2023)09-0131-02

肝胆疾病包括病毒性肝炎、脂肪肝、胆囊炎、胆石症等疾病类型,具有发病快、发展快、病情危重等特点,是临床外科常见的慢性疾病。近年来,肝胆外科的临床疗效得到有效提高。目前,肝胆疾病的发病率约为14.5%。此外,由于术前影像学技术愈发先进,术中护理干预、手术技术趋于完善、成熟,肝胆外科手术的术后死亡率从20%下降至3%。然而,肝胆外科手术属于一种复杂手术,术后并发症的发生率仍相对较高。根据大型研究和国家数据库的统计数据,手术并发感染的发生率为9.9%~23%^[1]。相关研究报道显示^[2],手术部位感染的恶化可延长患者的住院时间、增加其治疗费用。对此,合理的康复护理对加快患者恢复、改善患者预后均具有重要作用。个性化护理属于一种新型护理模式^[3],其强调以患者为中心的服务理念,通过护理、麻醉、营养等多学科的合作,减少或阻断患者在手术过程中的生理应激反应,以促进术后康复。与传统的以疾病为中心的护理不同,个性化护理综合考虑多个方面,包括患者的个人需求、价值观、偏好等,鼓励患者积极参与决策实现目标。既往研究表明,个性化护理的应用可收获更好的护理质量,同时对促进患者康复具有积极作用,可有效提高患者的护理满意度、护理主动性及生活质量。此外,相关研究表明^[4],个性化护理可在不增加患者医疗支出的情况下缩短其住院时间^[5]。然而,个性化护理在临床环境中的有效性尚未达成共识。手术治疗是肝胆疾病的主要治疗方法,但在手术治疗过程中可能会导致患者出现不良心理,进而降低其治疗及护理依从性,影响其

康复进程。因此,本研究旨在分析个性化护理结合分级心理护理干预对肝胆外科围手术期患者术后恢复的影响,详情汇报如下。

1 一般资料和方法

1.1 一般资料

选取2020至2021年我院肝胆外科收治的120例患者作为研究对象,采用数字表法将其随机分为A组和B组,每组60例。A组中男性30例,女性30例;年龄27~65岁,平均年龄(43.6±5.1)岁;切口类型:Ⅱ级切口46例,Ⅲ级切口14例。B组中男性28例,女性32例;年龄28~67岁,平均年龄(44.7±6.3)岁;切口类型:Ⅱ级切口45例,Ⅲ级切口15例。两组患者基线资料差异无统计学意义($P>0.05$),研究可比。

1.2 统计学方法

采用SPSS 26.0软件分析本研究数据;计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料以 $n(\%)$ 表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 代表差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者并发症发生率、术后饮食状况恢复时间、住院时间比较

A组患者的并发症发生率低于B组,术后饮食状况恢复时间、住院时间均短于B组($P<0.05$),详见表1。

2.2 两组患者焦虑评分、情绪评分比较

A组患者的焦虑(SAS)评分、抑郁(SDS)评分均低于B组($P<0.05$),见表2。

表 1 两组患者并发症发生率、术后饮食状况恢复时间、住院时间比较

组别	例数	并发症发生率 [n(%)]	术后饮食状况恢复时间 [($\bar{x}\pm s$) ,d]	住院时间 [($\bar{x}\pm s$) ,d]
A 组	60	7 (11.7)	2.1±0.17	7.3±1.5
B 组	60	16 (26.7)	3.2±0.31	12.6±1.7
t/χ^2	-	4.357	9.678	13.269
P	-	0.037	<0.001	<0.001

表 2 两种焦虑评分、情绪评分比较 [($\bar{x}\pm s$) ,分]

组别	例数	SAS 评分	SDS 评分
A 组	60	43±6	46.7±1.3
B 组	60	56±4	57±1.9
t	-	10.324	21.346
P	-	<0.001	<0.001

3 讨论

研究表明,个性化护理结合心理护理,加强了护士之间的沟通并向患者提供所需的决策信息。此外,住院时间对患者的护理满意度有显著影响。本研究结果显示,A组患者的并发症发生率低于B组,术后饮食状况恢复时间、住院时间均短于B组($P<0.05$)。A组患者的焦虑(SAS)评分、抑郁(SDS)评分均低于B组($P<0.05$)。护士制订个性化健康护理计划,并通过与患者和医生合作和交流意见确定最佳治疗和护理方法。分析原因,个性化护理可扩展患者的疾病相关知识和护理技能,并能增强其护理信心;同时,针对性的心理干预可有效缓解患者的焦虑、抑郁等负面情绪。

常规护理和镇痛干预无法消除患者的心理障碍,并会对治疗效果造成不良影响^[6]。采用分级心理护理,可评估患者的心理状况,并根据评估结果^[7]实施分级护理干预。个性化护理是指采取相应措施的护理干预针对患者的具体特点和需求,提高护理质量和疗效^[8-10]。我们发现个性化护理结合分级心理护理干预可以改善患者的心理状况和生活质量,减轻患者的心理障碍肝胆手术围手术期疼痛,促进患者术后康复。

综上所述,个性化护理结合分级心理护理干预对肝胆外科围手术期患者是有效的。它值得临床应用,未来应在临床环境中采用,以促进治疗和康复。但是,本研究有一些局限性,如个性化护理和心理干预定义尚未明确,测量结果变量的工具多种多样;纳入研究是回顾性研究,且病例数量少,故日后仍需开展大量的前瞻性研究证实本研究结果,以为临床提供更可靠的理论数据。

参考文献

[1] 韩峰. 个性化护理在肝胆外科围手术期护理中的应用效果 [J]. 中国当代医药, 2020,27(26):238-240.
 [2] 刘丽琼. 肝胆胰恶性肿瘤患者围手术期预防下肢静

脉血栓的护理方法探讨 [J]. 中国农村卫生, 2020,12(14):56-57.

[3] KOUSOULOU M, SUHONEN R, CHARALAMBOUS A. Associations of individualized nursing care and quality oncology nursing care in patients diagnosed with cancer[J]. Eur J Oncol Nurs,2019(41):33-40.

[4] CHARALAMBOUS A, ADAMAKIDOU T, CLOCONI C, et al. The quality of oncology nursing care: A cross sectional survey in three countries in Europe[J]. Eur J Oncol Nurs,2017(27):45-52.

[5] SUHONEN R, EFSTATHIOU G, TSANGARI H, et al. Patients' and nurses' perceptions of individualised care: an international comparative study[J]. J Clin Nurs,2012,21(7-8):1155-1167.

[6] 王惠. 围手术期个性化护理干预在肝胆外科围手术期护理中的临床应用效果 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2020,7(11):107,109.

[7] 沈燕玲, 马倩红, 王媛媛, 等. 围手术期个性化护理干预在肝胆外科围手术期护理中的临床应用 [J]. 临床普外科电子杂志, 2020,8(1):37-40.

[8] PAPASTAVROU E, EFSTATHIOU G, TSANGARI H, et al. A cross-cultural study of the concept of caring through behaviours: patients' and nurses' perspectives in six different EU countries[J]. J Adv Nurs,2012,68(5):1026-1037.

[9] 虎文学. 观察肝胆外科患者进行围手术期心理护理的价值 [J]. 心理月刊, 2019,14(10):42.

[10] ALAMEDDINE M, BAUMANN A, LAPORTE A, et al. A narrative review on the effect of economic downturns on the nursing labour market: implications for policy and planning[J]. Human resources for health,2012,10(1):23.