

协同理论指导下多环节护理对消化内镜检查患者心理水平及舒适度的影响

牛雅雅

河南省中医院（河南中医药大学第二附属医院）消化内镜中心，河北郑州，450000；

摘要：研究消化内镜检查患者接受协同理论指导下多环节护理对心理水平及舒适度的影响。方法：选择 2023.6~2024.6 我院收诊消化内镜检查的患者 80 例，随机分为参比组及协同组，均 40 例。予以参比组基础护理；予以协同组加用协同理论指导下多环节护理。比较其心理评分、副反应率及满意度。结果：干预前评分无统计意义（ $P>0.05$ ），干预后协同组的心理评分较参比组明显更低；协同组的副反应率（2.50%）较参比组明显更低（15.00%）；协同组的满意度（97.50%）较参比组明显更高（82.50%），有统计意义（ $P<0.05$ ）。结论：消化内镜检查患者接受协同理论指导下多环节护理干预，有利于调整患者的心理水平，降低副反应率，从而辅助诊疗安全性与舒适性提升，患者的满意度更佳，推荐使用。

关键词：协同理论指导；多环节护理；消化内镜检查；心理水平；舒适度

DOI：10.69979/3029-2808.25.04.028

消化内镜检查是临床对胃病检查的主要手段，但检查过程中可能致使患者产生恶心呕吐、腹部疼痛等严重不适症状，患者在检查期间也会出现焦虑、抗拒等负性情绪，导致其无法良好配合相关检查工作的开展^[1]。短效的静脉注射麻醉可以提升患者在检查期间的舒适度，但进入睡眠镇痛状态以后，部分患者的心率等基础指标可能受到影响，也可能出现一定机械性损伤情况^[2]。因此，需要予以更为针对性的护理提升患者的配合度，保障检查的安全性。协同理论指导下多环节护理是在常规配合检查的同时，增加对患者副反应症状的有效预防，加强对患者开展心理水平的疏导，从而提升患者的检查配合度。本文对其心理评分、副反应率及满意度进行对比，结论如下。

1 临床资料与方法

1.1 临床资料

选择 2023.6~2024.6 我院收诊消化内镜检查的患者 80 例，随机分为参比组及协同组，均 40 例。参比组患者 21 例男/19 例女；21~61 岁，平均（41.26±18.33）岁。协同组 19 例男/21 例女；20~62 周岁，平均（41.42±10.17）岁。两组资料差异不具统计意义（ $P>0.05$ ）。纳入标准：①有胃肠疾病症状，符合消化内镜检查指征，接受检查；②接受麻醉镇痛与围检期护理；③研究知情同意签字。排除标准：①检查不耐受者；②无自主沟通

能力者。

1.2 方法

予以参比组基础护理：对患者的既往病史进行询问，对检查的方法、注意事项等进行基础告知，引导患者检查前科学禁食禁饮。建立静脉通道，检查过程中关注生命体征变化，异常与医生配合调整护理。检查后患者意识恢复引导家属带回，予以检查报告，对检查中切除息肉进一步检查患者，告知取结果时间与地点等。

予以协同组加用协同理论指导下多环节护理：①检查前环节护理。应用检查引导与心理引导协同理论，指导对患者护理干预对策的制定。在患者接受检查前，对患者的既往病史、服药史、本次检查症状等进行询问，建立患者检查档案，予以视频观看、图册分享等办法在预约检查时进行良好健康教育指导，对检查的过程进行讲解，告知可能出现的不适反应与护理干预的针对调整，降低患者的恐惧感，提升患者对护理人员的信任度。对检查的必要性进行告知，提升患者的科学认可度与配合度。关注患者心理状态水平，进行心理干预疏导，对患者错误认知进行及时纠正，实现对心理水平的良好安抚。告知禁食禁饮的要点，尤其是老年患者加以具体举例，提升患者的依从度。建立静脉通道，增加对相关指标的引导检查，保障患者的麻醉安全；②检查中环节护理。应用检查中配合与对患者心理水平持续关注的协同理

论指导进行检查中的护理干预开展。对检查室温度与湿度良好调节,注意非检查部位的保暖,避免皮肤过度暴露产生麻醉后寒战反应,提升患者的舒适度。进入检查室后,对患者加强心理引导,检查室内播放轻音乐,避免患者焦虑产生,告知其相关仪器设备的应用目的,缓解其紧张情绪。加强对患者的良好沟通,予以情绪波动的有效安慰,对患者配合行为进行及时鼓励,对患者疑问予以良好解答。充分保护患者的隐私部位,避免对患者隐私进行讨论。在麻醉给药的过程中,予以患者话语、动作等持续心理安抚,予以注意力转移。③检查后环节护理。应用延续护理理念进行协同指导,在全麻患者未清醒前,予以患者的体征变化充分观察,保持头偏向一侧,避免吞舌导致呼吸道阻塞,也避免反流导致误吸情况产生。患者逐渐清醒后,对其予以口令动作引导,判断清醒状态,彻底清醒后,告知患者检查顺利完成,加以心理支持鼓励,维持患者心理水平的稳定,询问患者有无症状反应,对出现恶心呕吐的患者予以补液等针对性干预,对呕吐物及时擦拭,提升患者舒适度。观察期间对患者出院后的逐步饮食过渡进行告知,对检查结果的就诊预约进行引导,对患者的疑问进行解答,告知其注意休息等。

1.3 观察指标

比较其心理评分、副反应率及满意度。(1)应用抑郁、焦虑评分量表对其心理评分,越低心理水平越好;(2)副反应:恶心呕吐、腹部疼痛、头晕乏力、应激躁动;(3)自制调查问卷评价满意度,0~10分。十分满意(8~10分):患者生命体征未见异常改变,无副反应情况,心理水平良好,对检查认知度、依从度、认可度高。比较满意(4~7分):生命体征轻微波动,或产生轻微副反应情况,心理水平尚可,经护理调整即可缓解,对检查认知度、依从度、认可度较高。不满意(0~3分):生命体征异常波动,或产生强烈副反应情况,出现严重心理应激反应,对检查认知度、依从度、认可度欠佳。计十分满意与比较满意例数之和占比。

1.4 统计学分析

用 SPSS 24.0 统计软件进行数据分析处理,计数值[n(%)]表示,x²检验,计量值均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,t检验,P<0.05差异有统计意义。

2 结果

2.1 心理评分比较

干预前评分无统计意义(P>0.05),干预后协同组的心理评分较参比组明显更低,有统计意义(P<0.05),表1。

表1 心理评分比较 [$\bar{x} \pm s$], 分]

组别	抑郁		焦虑	
	干预前	干预后	干预前	干预后
参比组 (n=40)	54.42±6.26	16.33±5.67	51.28±5.62	13.95±3.42
协同组 (n=40)	54.43±6.24	13.16±5.58	51.31±5.72	12.34±3.33
t 值	0.007	2.520	0.023	2.133
P 值	0.994	0.013	0.981	0.036

2.2 副反应率比较

协同组的副反应率较参比组明显更低,有统计意义(P<0.05),见表2。

表2 副反应率比较[n(%)]

组别	恶心呕吐	腹部疼痛	头晕乏力	应激躁动	总副反应率
参比组 (n=40)	2 (5.00)	1 (2.50)	2 (5.00)	1 (2.50)	6 (15.00)
协同组 (n=40)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.50)	0 (0.00)	1 (2.50)
x ² 值	-	-	-	-	3.913
P 值	-	-	-	-	0.047

2.3 满意度比较

协同组的满意度较参比组明显更高,有统计意义(P<0.05),见表3。

表 3 满意度比较[n (%)]

组别	十分满意	比较满意	不满意	满意度
参比组 (n=40)	17 (42.50)	16 (40.00)	7 (17.50)	33 (82.50)
协同组 (n=40)	22 (55.00)	17 (42.50)	1 (2.50)	39 (97.50)
X ² 值	-	-	-	5.000
P 值	-	-	-	0.025

3 讨论

社会生活水平的改善,人们的饮食结构也发生了明显的变化,不良的饮食习惯与药物服用刺激等都会导致胃肠道疾病的高发^[3]。常规干预中可以实现对患者检查期间的有效干预配合,引导患者进行检查前的准备,关注患者检查期间的指标水平变化,对患者检查后的清醒情况进行观察,并予以检查结果与进一步诊疗的建议告知,实现患者配合度的提升^[4]。但没有充分关注患者的心理水平变化与舒适度调节,部分患者仍会产生严重的心理水平波动情况,尤其是老年患者对检查的科学认知度较低,可能产生应激水平状态,不利于基础疾病的良好控制,增加麻醉后风险影响^[5]。

协同理论指导下多环节护理干预是在基础配合检查的护理中,予以患者全环节的护理干预,实现对患者心理状态的持续调节,关注患者各阶段的配合干预,更利于检查的有序开展,从而降低患者检查后的副反应风险,实现检查的安全保障^[6]。首先,通过对患者的详细疾病史等进行询问,建立患者的完善医疗档案,更利于实现对患者良好的基础指标监管,告知患者相关检查的必要性、过程、注意事项、不适反应与护理调整,患者的信任度更高,加强对患者心理状态的引导与错误认知的纠正,实现对检查干预的有序配合;其次在检查期间,对环境温度湿度等进行调节,关注患者舒适度水平,患者进入检查室后对相关仪器设备进行讲解,缓解患者的紧张情绪,引导患者转移注意力,加强语言沟通与多种途径鼓励,保障患者的心理状态良好维持,关注患者麻醉后的基础指标变化,实现对患者生命体征的良好监护。对检查期间紧密配合,对需要进行病理学检查的患者予以家属引导配合,更利于缩短整体检查用时,降低对患者的机械性损伤影响;最后在检查后进行充分的清醒状态恢复观察,避免患者吞舌、误吸、基础指标波动等情况产生,对出现不适反应的患者予以干预调整,告知患者顺利完成检查,对出院后饮食注意等进行讲解,对进一步检查与诊疗进行告知,持续关注患者的心理状态水平与配合度,避免应激反应产生,实现护理干预服务质

量的良好提升。

篇中应用协同理论指导下多环节护理,患者的心理评分更低,表明护理干预对患者的心理水平调节效果理想,能够实现心理状态的稳定维持干预,提升患者的科学认知水平,实现对检查干预的充分配合。患者检查后的副反应率更低(2.50%vs15.00%),满意度更高(97.50%vs82.50%)。协同理论指导下多环节护理采用对患者人文关怀的护理理论与对临床检查的有效配合的护理理念进行干预对策指导,可以实现对不同检查环节的高效配合,真正以患者感受为中心,实现对检查的有序引导,护理干预成效更好。

综上所述,消化内镜检查患者接受协同理论指导下多环节护理干预,更利于降低心理波动风险与对基础指标的影响,降低副反应发生率,保障检查的安全性,患者的满意度更高,值得普及使用。

参考文献

- [1]王玉萍,陈琳,吕凌云,等.基于SHEL风险评估模型的针对性引导对消化内镜检查患者应激反应与配合度的影响[J].海军医学杂志,2024,45(7):756-760.
- [2]陈海燕,谭仕红,黄燕飞. Teach-back健康教育结合情绪ABC理论对消化内镜检查患者心理水平及舒适度的影响[J].护理实践与研究,2023,20(9):1333-1337.
- [3]杨春丽,张思宇,卞孝平,等.基于行为转变理论指导下的健康教育对消化内镜诊疗患者肠道准备质量和心理压力的影响[J].现代医药卫生,2024,40(6):968-971.
- [4]王全良,张荣春,郭学刚.细节与风险双轨护理管理在急诊消化内镜诊疗患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2023,29(5):102-105.
- [5]熊燕,李巍巍.基于华生关怀理论的风险干预对消化内镜检查患者心理状况及满意度的影响[J].医疗装备,2024,37(10):106-108.
- [6]熊伊,张利,熊燕.清单制管理模式对消化内镜检查患者不良事件发生的影响[J].现代医院,2024,24(3):363-366.