

心理护理在减轻耳鼻喉部手术术后疼痛程度的应用效果

田阳阳

渭南市中心医院 陕西 渭南 714000

摘要:目的:观察心理护理对耳鼻喉手术患者手术后负性情绪及痛感产生的影响。方法:共列入100例耳鼻喉部疾病患者,全部采用耳鼻喉手术医治,分成研究组和对照组各50例,对照组予基础护理,研究组则在前提下执行心理护理干涉。结果:研究组手术后24h、手术后48h、手术后72h疼痛分级及焦虑情绪得分、抑郁症得分均小于对照组,差别有统计学意义($P < 0.05$);研究组医护满意率高过对照组,差别有统计学意义($P < 0.05$);研究组疼痛分级状况好于对照组,差别有统计学意义($P < 0.05$)。结论:心理护理可有效缓解耳鼻喉手术患者手术后的负性情绪和痛感,提升病人的总满意率,综合性实际效果十分理想化,因而非常值得临床上进行宣传与实施。

关键词:耳鼻喉手术;负性情绪;疼痛程度;心理护理

引言

耳鼻喉科就是指诊断治疗耳、鼻、喉及其它有关疾病的部门。比较常见的耳朵疾病包含失聪、耳鸣、耳廓假性囊肿和先天性耳前瘘管等。比较常见的鼻部疾病有副鼻窦炎、慢性鼻窦炎、鼻梁骨折等。比较常见的喉部疾病包含急性慢性咽喉炎和扁桃体发炎等。在临床耳鼻喉科患者的过程当中,手术医治是最常见的,可是手术会让患者造成一定的外伤。并且耳鼻喉科手术大多数坐落于耳背、脸部、喉咙等疼痛神经分布比较广泛位置,因此手术后能给患者产生一定程度的疼痛,会影响到患者的睡眠质量和肺部功能,可能会导致消极情绪。有关研究发现,疼痛会让患者造成严重危害身体健康,并也会减少患者生活品质。因而,应使用高品质护理方式来降低患者的术后疼痛^[1]。本实验分析搜集了2021年3月至2022年6月在医院接纳耳鼻喉科手术的100名患者作为实验分析目标,剖析患者的改变和体会,为耳鼻喉科患者给予优质护理服务环节中积极医护所引起的手术后疼痛。研究成果如下所示。

1 资料和方法

1.1 一般资料

共列入耳鼻喉科病症患者总数为100例,科学研究时间是在2021年3月—2022年6月中间,均值分成2组,均行耳鼻喉手术医治。对照组50例中,男21例,女29例,年纪24~52.5岁,平均年龄为(42.33±3.78)岁,病程2个月~10个月,均值(6.19±1.35)个月;研究组50例中,男19例,女31例,年纪24.5~53岁,平均年龄为(42.41±3.75)岁,病程3个月~9个月,均值(6.15±1.38)个月。2组观察病案的性别、年纪、耳鼻喉疾病类型、病程、手术计划方案等相关资料比较,差别

都无明显实际意义($P > 0.05$),有对比性。

纳入标准:患者合乎耳鼻喉手术适用范围;以往无耳鼻喉手术病历;无神经功能障碍;无精神疾病;可以正常的沟通交流;患者知晓且允许参加调研。排除标准:不符手术适用范围;凝血功能异常;神经功能障碍^[2]。

1.2 方法

对照组在围术期由护理人员开展基本具体指导,告之围术期常见问题,检测病况,严格执行医生叮嘱服药。

研究组患者接纳综合性心理护理干涉。手术前24钟头进行系统的心理评估,每日2次,每回30min,共7天。实际干涉方式如下所示:

(1) 做好心理护理

首先,护理人员要积极与患者沟通,与患者树立良好的关联,把自己变成患者的情绪借助。其次,护理人员也应当与病人沟通。亲人应当最好不要在病人眼前表现出了消极情绪。消极情绪不益于患者。因此他们需要以乐观的心态面对痛苦。只会在积极主动、轻松、开心的环境里,病人才可以获得更好的恢复。随后护理人员探寻合适的时间,激励患者说出自己的痛楚,依据患者的具体情况,找到其心理健康问题,制定相对应护理方式^[3]。

(2) 心理评估

开展医护前,先与患者谈话,在谈话中正确引导患者表达自己的情绪感情和内心想法。护理人员应饰演聆听者的身份,与患者树立良好的沟通关联。在沟通的过程当中,大家能很快掌握病人的性格特点、爱好、心理需要和情感状态,并精准评定她们心理状态。依据病人的实际情绪状态,查看相关信息并和医生沟通,掌握病人制定治疗计划和护理工作计划。

(3) 情绪管理

对情绪变化的患者要进行一定的宽慰及管理,患者的舒适感直接关系其心态。因而,必须确保较好的室内空气,依据患者的舒适感调整室内光源、环境湿度、环境温度,并每日通风,维持新鲜空气,提升患者的舒适感。在医护操作中,必须做到迅速精确,维持绝对性专业素养,不拖延,不犹豫,那样也会增加病人焦虑。病人的护理技术应尽量白天开展,以防止晚间实际操作所引起的躁动不安。应当激励过度抑郁的患者,帮助其开展自我认识练习,让他们建立新的自我认识,感受爱与温暖,复建对预防和恢复的自信^[4]。

(4) 情感支持

在治疗和手术中,患者会由于担心、焦虑情绪而要求看护。因而,他应该与病人沟通,多陪伴,顾好她们,为其提供精神层面的适用。除此之外,护理人员在护理过程中应尽量避免表现出了心烦和焦虑不安。与患者交谈时笑容。不必直言不讳,而需要使用敬称,如张大爷和孙师傅,不必反感或取笑她们。积极立在病人的视角帮助其开展康复锻炼。你也得告知患者防止过度运动,循序渐进训练。针对不安全感过度患者,我们能照顾他们,和他们深层次沟通,了解客户的焦虑要素,为其提供对应的协助,提升他的归属感。

(5) 健康指导

术前,病人评定疼痛感敏感度,并评定他们对于疼痛感管理的理解。对于敏感度高、参与率低患者,关键管理方法,提升手术后自身医护具体指导,明确说明什么个人行为行不通,什么个人行为行得通。对认知能力好一点的,开展手术护理相互配合具体指导与治疗匹配度。除此之外,我们要给病人解释疑惑、认知层次与治疗安全系数。

(6) 疼痛管理

一部分患者及家属接受疼痛管理和健康指导之后忘却,因而会有不断心态,加剧疼痛感。护理人员能将全部宣传策划表述具体内容定做成一本书,分发送给患者,便于随时随地阅读。此外,也可建立公众号,邀请

患者、家属关注公众号,在公众号内发布相关内容,患者可随时查阅公众号了解相关内容,针对不能理解的内容由护理人员负责重新讲解^[5]。

(7) 放松练习

护理人员具体指导患者开展放松疗法,根据放松疗法能改善患者的焦虑情绪,修补人体。放松疗法包含呼吸训练、冥想训练等。呼吸训练可以通过深吸气练习为主导。病人能选坐或仰躺。平卧时,在胸口和头顶部下边垫着软垫,维持乳房打开,渐渐地呼吸,渐渐地呼吸,直至做到极限值,让身体慢慢下移。在冥想训练以前,多一点耐心,想象他在自然界中,保持平静或快乐的心情,再慢慢调节呼吸,宁静心理状态,慢慢缓解压力。

1.3 观察指标

比较2组患者的疼痛等级、手术后疼痛分级、负性情绪及医护满意率。疼痛分级包含0级、1级、2级3级四个等级。等级越大,疼痛感越高。0级是不痛,1级表明轻度疼痛感,2级表明显著疼痛感,3级表明疼痛感强烈且无法忍受。手术后疼痛分级包含手术后24h、48h和72h的疼痛分级。依据疼痛感视觉效果模拟量输入表,0是不痛,1~3表明轻度疼痛感,4~6表明中度疼痛,7~10表明比较严重疼痛感。医护满意率包含令人满意、基本上令人满意与不令人满意,满意率 = 满意度、基本上满意度;负性情绪包含抑郁和焦虑,用焦虑情绪抑郁量表鉴定。每一个评定量表有20个选择项,每一个选择项0~4分。消极情绪越大,心理健康状况越不好^[6]。

1.4 统计学方法

数据信息用SPSS22.0手机软件展开分析。数据信息以[n(%)]表明,选用 χ^2 检测。计量数据以($\bar{x} \pm s$)表明,选用t检验;。P < 0.05具备统计意义。

2 结果

2.1 两组患者疼痛评分、焦虑评分、抑郁评分比较

研究组术后24h、术后48h、术后72h疼痛评分及焦虑评分、抑郁评分均低于对照组,差异有统计学意义(P < 0.05)。见表1。

表1 两组患者疼痛评分、焦虑评分、抑郁评分比较($\bar{x} \pm s$, 分, n = 50)

组别	术后24h疼痛评分	术后48h疼痛评分	术后72h疼痛评分	焦虑评分	抑郁评分
对照组	3.81±1.41	3.81±1.21	2.99±1.01	42.71±6.31	41.61±5.51
研究组	1.09±1.09	1.59±0.69	1.09±0.59	30.39±5.69	30.19±5.29
t	8.6335	9.0158	9.1886	8.2023	8.4575
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 两组患者护理满意度比较

研究组护理满意度高于对照组,差异有统计学意义

(P < 0.05)。见表2。

表2 两组患者护理满意度比较 [n(%), n = 50]

组别	非常满意	比较满意	不满意	满意度
对照组	19(38.00)	23(46.00)	8(16.00)	42(84.00)
研究组	20(40.00)	29(58.00)	1(2.00)	49(98.00)
χ^2				4.0100
<i>P</i>				0.0452

2.3 两组患者疼痛分级比较

研究组疼痛分级情况优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表3。

表3 两组患者疼痛分级比较[n(%), n = 50]

组别	0级	I级	II级	III级
研究组	47(94.00)	1(2.00)	2(4.00)	0(0.00)
对照组	39(78.00)	4(8.00)	3(6.00)	4(8.00)
χ^2	25.4737	8.8919	8.8919	4.2667
<i>P</i>	0.0000	0.0028	0.0028	0.0388

3 讨论

近些年, 我国工业化发展持续加速, 人们生存条件遭受重度污染, 鼻咽部疾病患者日益增多。很多工厂因高分贝噪音而患职业危害失聪, 身体和心理受到侵害, 免疫能力和内分泌紊乱也很容易引发耳鼻喉疾病。许多耳鼻喉疾病必须手术医治, 可是外伤大, 术后疼痛难以避免。耳鼻咽喉科有特殊生理解剖部位, 涉及到听觉系统、嗅觉神经、触感等重要视觉器官, 也和音标发音相关。特点是多人体器官、多路, 且接近人的大脑。各种交感神经集中化, 会影响到病人正常感观生理心理在病况产生变化后, 造成一系列心理健康问题, 包含抑郁症、焦虑情绪、焦虑不安, 会降低痛阈^[7]。

手术前准备可能造成儿茶酚胺水平水准或血压值、心跳增加, 不益于手术和麻醉剂的顺利开展。术后疼痛是人体遭受手术治疗刺激性后一种保护性反映。手术后麻醉剂功效慢慢消散, 创口疼痛感强烈, 加剧消极情绪, 危害康复医疗操控的成功开展和手术治疗实际效果。因而, 临床医学应高度重视病人的心理干预治疗。护理人员必须在手术前开展心理干预治疗, 对患者自身的情况、手术方式及重要性、手术治疗程序流程、相互配合关键点、术后护理等方面文化教育。患者对操控了解也能够减少消极情绪。评定病人的情感状态, 动态观察, 积极主动干涉, 立即与患者沟通。能够具体指导免费下载疼痛感助手APP和引导放松练习, 分离病人以平稳心态, 使之能紧密配合手术后诊疗实际操作。心理疏导是现代科学的特点, 但这一护理技术的主导者不单单

是护理人员, 也有医生和病人。研究发现, 病人和医生的细心程度上缓解术后疼痛耐受性与病人的痛感息息相关。家因此护理人员会为病人给予心理关怀和争得家庭支持, 多多鼓励、指导和宽慰, 有益于减少负性情绪, 减少痛阈, 推动术后恢复^[8]。

本小组结果显示研究组手术后24h、手术后48h、手术后72h疼痛分级及焦虑情绪得分、抑郁症得分均小于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 研究组医护满意度高过对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 研究组疼痛分级状况好于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。表明经心理状态干预模式后, 能够有效缓解耳鼻喉科手术治疗患者手术后的焦虑情绪、焦虑等负性情绪, 缓解患者的痛感, 提升患者的总体满意度, 综合性实际效果十分理想化, 因而非常值得临床上进行宣传与实施。

结束语:

总的来说, 心理干预治疗在耳鼻咽喉科做完手术后运用可以有效缓解术后疼痛, 改进病人的生活品质改善消极情绪有助于恢复, 同时还可以增进医患间距, 改进病人医护满意率, 非常值得推广。

参考文献:

- [1]赵丹.心理护理在减轻耳鼻喉部手术术后疼痛程度中的应用体会[J].我国现代药物应用, 2019, 13(3): 226-227.
- [2]韩燕燕.个性化舒适护理在耳鼻喉术后患者中的应用效果[J].我国乡村医药, 2019, 26(6): 78-79.
- [3]刘剑.心理护理在减轻耳鼻喉部手术术后疼痛程度中的应用分析[J].心理月刊, 2020, 15(3): 91-92.
- [4]刘欣.心理护理在减轻耳鼻喉部手术术后疼痛程度的应用效果[J].我国医药指南, 2020, 18(27): 154-155.
- [5]金静, 程远侠, 李婷婷, 等.针对性心理护理对减轻耳鼻喉部手术患者术后疼痛程度的效果评价[J].中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8(16): 93-94.
- [6]陈蒙蒙.心理护理在减轻耳鼻喉部手术术后疼痛的应用[J].内蒙古医学杂志, 2019, 50(12): 1506-1507.
- [7]张佳妮.心理护理在减轻耳鼻喉部手术术后疼痛程度的应用体会[J].全科口腔医学杂志(电子版), 2019, 6(17): 131-132.
- [8]张雪霞.心理护理干预在减轻耳鼻喉部手术术后疼痛程度的应用价值研究[J].我国实用医药, 2019, 14(9): 185-186.