

认知行为理论下综合护理在手足口病患儿及家属中的应用

刘艳雪 薛伟 孙俊威

(河南省信阳市中心医院 信阳 464000)

摘要:目的 探讨认知行为理论下综合护理干预在重症手足口病(HFMD)患儿及家属中的应用效果。方法 选取 2022 年 1~12 月收治的 80 例重症 HFMD 患儿及家属作为研究对象,随机分为对照组和观察组各 40 例。对照组给予常规护理干预,观察组在此基础上给予基于认知行为理论的综合护理干预。比较两组临床症状消失时间、治疗依从性、再获得感染疾病的情况,干预前后患儿家属疾病认知情况、家属照顾能力及护理满意度。结果 观察组皮肤溃疡面愈合时间、口腔溃疡消退时间、退热时间、咳嗽消失时间均短于对照组($P<0.05$);观察组治疗依从率(92.50%)高于对照组(75.00%)($P<0.05$);干预后,观察组家属疾病认知情况优于对照组($P<0.05$);观察组患儿家属照顾力量表(FCTI)总分高于对照组($P<0.05$);观察组再获得感染疾病总发生率(7.50%)低于对照组(27.50%)($P<0.05$);观察组家属护理满意度(100.00%)高于对照组(82.50%)($P<0.05$)。结论 重症 HFMD 患儿采用基于认知行为理论的综合护理干预能加速症状消失,提升患儿的治疗依从性和家属的疾病认知、照顾能力,降低患儿感染疾病再发生率,有利于提高患儿家属护理满意度。

关键词:重症手足口病;认知行为理论;综合护理干预;常规护理干预

中图分类号:R473.72

文献标志码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2024.08.035

手足口病(Hand Foot and Mouth Disease, HFMD)是一种肠道病毒感染疾病,多发于学龄期儿童,主要表现为口腔、手足及臀部疱疹、溃烂、发热等,具有传染性,通常病程为 1 周左右^[1-2]。但若治疗不及时发展为重症 HFMD,可引发患儿神经系统和心肺系统损害,影响患儿生长发育和生命安全^[3]。因此,有效的护理干预对重症 HFMD 患儿的康复具有重要意义。常规护理干预方式较为单一,缺乏针对性和个性化,且不同的患儿家属对疾病的认知程度和需求不尽相同,常规护理干预往往未能充分考虑这些,导致护理效果不够理想^[4]。认知行为理论认为,认知的改变会间接影响个体行为^[5]。因此,将基于认知行为理论的综合护理干预应用至重症 HFMD 患儿中,有望弥补常规护理干预的不足,为患儿提供更加全面和细致的护理服务。但目前该护理模式多应用于成人护理中,在患儿及其家属中的应用相对较少。本研究探讨基于认知行为理论的综合护理干预在重症 HFMD 患儿及其家属中的应用效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2022 年 1~12 月医院收治的

80 例重症 HFMD 患儿作为研究对象,随机分为对照组和观察组,各 40 例。对照组男 23 例,女 17 例;年龄 1~8 岁,平均(4.67±1.58)岁;病程 1~5 d,平均(3.44±0.73) d;家属学历:高中及以下 23 例,大专及以上 17 例。观察组男 22 例,女 18 例;年龄 2~7 岁,平均(4.81±1.06)岁;病程 1~6 d,平均(3.50±0.84) d;家属学历:高中及以下 24 例,大专及以上 16 例。两组间一般资料比较,均衡可比($P>0.05$)。本研究经医院医学伦理委员会审批通过(批号:20221219)。

1.2 入组标准 纳入标准:(1)符合重症手足口病诊断标准^[6];(2)1 名患儿对应 1 名家属,且为固定人员;(3)家属已签署知情同意书;(4)家属能熟练使用手机和微信。排除标准:(1)患儿多脏器功能衰竭;(2)患儿神志及精神异常;(3)患儿父母有精神障碍和智力障碍;(4)患儿存在恶性肿瘤疾病。

1.3 护理方法 对照组给予常规护理干预。住院期间密切监测患儿体温变化,若患儿体温异常升高,及时采取降温措施;做好隔离与消毒工作,避免交叉感染;遵医嘱给予患儿用药护理,同时关注患儿情绪变化,采用鼓励、抚摸等方式减轻患儿心理刺激,使患儿能积极配合治疗;出院时给予家属出院宣教,讲解

饮食、皮肤口腔护理、用药、皮肤清洁等方面知识。告知家属患儿入院复查时间,叮嘱家属遵医嘱带患儿入院复查。护士每月电话随访 1 次,询问患儿病情,提供护理指导。观察组给予基于认知行为理论的综合护理模式。(1)成立小组。挑选科室内部护理经验丰富、沟通能力强的 5 名护士加入综合护理小组,并以 1 名科室护士长为组长,负责制定护理计划,分配护理任务,监督护理效果。同时干预前由组长对组员开展重症 HFMD 护理相关的知识及技能培训,为期 3 d, 2 h/d, 最终全部通过考核后方可参与护理研究。(2)认知干预。对患儿及其家属进行认知状况评估,了解他们对重症手足口病的认知程度,包括病因、症状、治疗方法、预防措施等方面的知识;根据评估结果,制定个性化的认知干预计划,针对患儿和家属的需求和误区,进行有针对性的教育和指导;向患儿和家属普及重症手足口病的知识,包括疾病的发生、发展、治疗及预防等方面的内容,通过讲解、演示、发放宣传资料等方式,提高患儿和家属对手足口病的认识;针对患儿和家属存在的误区和错误认知,进行及时的纠正和引导,通过案例分析,让他们了解正确的做法和观念;通过反复的教育和引导,帮助患儿和家属建立正确的认知框架,使他们能正确对待疾病,积极配合治疗,提高自我管理和预防意识;定期进行认知状况的评估,了解干预效果,并根据评估结果调整干预计划,确保干预的有效性和针对性;组建“呵护手口健康群”微信群,设置 1 名群管理员,鼓励家属出院后在群内及时提出与患儿护理相关的疑问,护理人员及时解答问题,提供支持和帮助;每月护理人员邀请 3 名表现良好的 HFMD 患儿家属讲解对患儿的日常护理、饮食管理、治疗依从性管理等,提升其他患儿家属的认知和护理能力。(3)行为干预。住院期间以 HFMD 影响因素为背景,采用互动小游戏的方式增加患儿对 HFMD 的认知与自我管理能力,如角色扮演,让 1 名患儿扮演医生,1 名患儿扮演患者,达到了解疾病的传播方式和预防措施的目的;护理人员将 HFMD 患儿相关护理内容制作成电子宣传手册,内容包括家庭护理、日常生活管理、日常病情监测、注意事项 4 项,具体内容为患儿隔离观察、养成良好卫生习惯、合理运动、科学饮食、病情变化监测、日常特殊注意事项等。患儿出院时将电子宣传

手册发送至“呵护手口健康群”,供家属查阅学习,出院后 1 周进行线上问卷考试,检测家属的认知水平;制作微信小程序,收集患儿居家期间的疾病及护理相关信息,家属每天登录打卡签到,填写患儿当天症状表现、饮食情况、运动情况、用药情况、作息情况、护理措施等,由专业护理人员每周查看总结 1 次,每周通过微信与家属讨论患儿在护理中存在的问题,给予家属合理且正确的护理建议。两组均护理至患儿出院后 2 个月。

1.4 观察指标 (1)临床症状消失时间。统计两组退热、皮肤溃疡面愈合、口腔溃疡消退、咳嗽消失等时间。(2)患儿治疗依从性。干预结束时,由两组患儿的责任护士针对患儿干预期间的治疗表现评估依从性,包括用药、复查、生活管理、随访等 4 个方面,依从为 3 分、一般依从为 2 分、不依从为 1 分,总分为 4~12 分,得分越高依从性越高。4~6 分为依从性差、7~9 分为依从性尚可、10~12 分为依从性高。治疗依从率 = (依从性高例数 + 依从性尚可例数) / 总例数 $\times 100\%$ 。(3)家属疾病认知情况。干预前后使用科室自制 HFMD 患儿家属疾病认知调查问卷进行评估,邀请专家进行补充完善,共 5 个维度,20 个条目,涉及病情观察、基础知识、预防方法、传播途径、日常卫生行为知识等,分别包含 3、5、4、3、5 个条目,每个条目 0~5 分,得分与疾病认知呈正相关。(4)家属照顾能力。干预前、干预后采用家属照顾能力量表 (Family Caregiver Task Inventory, FCTDI) 评估^[7],共 5 个维度,25 个条目,每个条目计 0~2 分,总分 0~50 分,得分与照顾能力呈正相关。(5)再获得感染疾病情况。统计两组肺部感染、皮肤感染、消化道感染发生率。(6)护理满意度。采用自拟护理满意度调查问卷对患儿家属护理满意度进行评估,内容包括护理态度、护理时效性、病情监测、病房环境等,满分 100 分,分别将 ≥ 90 分、75~89 分、 ≤ 74 分计为满意、较满意、不满意,满意率 = $1 - \text{不满意率}$ 。

1.5 统计学方法 采用 SPSS25.0 统计学软件分析数据。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验;计数资料以 % 表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床症状消失时间比较 观察组各症状

消失时间短于对照组 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床症状消失时间比较 ($d, \bar{x} \pm s$)

组别	n	皮肤溃疡面愈合	咳嗽消失	退热	口腔溃疡消退
观察组	40	7.63± 1.55	8.52± 1.27	3.26± 1.45	5.94± 1.62
对照组	40	10.68± 2.13	10.69± 2.02	4.87± 1.99	7.73± 2.05
χ^2		7.323	5.752	4.136	4.333
P		0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组治疗依从性比较 观察组治疗依从率 (92.50%) 高于对照组 (75.00%) ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗依从性比较

组别	n	高(例)	尚可(例)	差(例)	治疗依从[例(%)]
观察组	40	23(57.50)	14(35.00)	3(7.50)	37(92.50)
对照组	40	18(45.00)	12(30.00)	10(25.00)	30(75.00)
χ^2					4.501
P					0.034

2.3 两组家属疾病认知情况比较 干预前, 家属疾病认知情况总分组间比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 干预后, 两组家属疾病认知情况总分均高于干预前, 且观察组总分更高 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组家属疾病认知情况比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

时间	组别	n	病情观察	基础知识	预防方法	传播途径	日常卫生行为知识	总分
干预前	观察组	40	7.25± 2.64	12.34± 3.05	10.44± 2.64	8.15± 2.09	12.62± 3.20	56.25± 7.06
	对照组	40	7.68± 2.35	13.05± 3.64	10.82± 2.57	7.94± 2.12	12.14± 3.05	57.04± 8.22
	t		0.769	0.946	0.652	0.446	0.687	0.461
	P		0.444	0.347	0.516	0.657	0.494	0.646
干预后	观察组	40	11.38± 2.09	19.05± 2.45	15.06± 2.45	12.64± 1.06	19.54± 2.19	80.64± 9.15
	对照组	40	9.15± 1.96	16.48± 2.74	12.52± 2.64	10.28± 1.32	16.33± 2.28	66.48± 8.67
	t		4.922	4.422	4.460	8.817	6.422	7.105
	P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.4 两组家属照顾能力比较 干预前, FCTI 总分组间比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 两组干预

后 FCTI 总分高于干预前, 且观察组更高 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组家属照顾能力比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

时间	组别	n	处理个人情绪需要	适应照顾角色	评估家人及社区资源	应变及提供协助	调整个人生活与照顾上的需要	FCTI 总分
干预前	观察组	40	5.01± 1.48	6.61± 1.29	4.35± 1.35	4.95± 1.18	5.57± 1.27	26.49± 2.41
	对照组	40	5.32± 1.85	6.77± 1.34	4.53± 1.52	5.22± 1.39	5.73± 1.50	27.57± 2.76
	t		0.828	0.544	0.560	0.937	0.515	1.864
	P		0.410	0.588	0.577	0.352	0.608	0.066
干预后	观察组	40	8.45± 0.51	8.86± 0.64	7.14± 0.76	8.17± 0.54	8.59± 0.66	41.21± 3.54
	对照组	40	7.38± 1.10	7.93± 0.55	6.02± 1.48	6.58± 1.03	7.19± 1.24	35.10± 2.71
	t		5.581	6.970	4.258	8.647	6.303	8.668
	P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.5 两组再获得感染疾病情况比较 观察组再获得感染疾病总发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 5。

表 5 两组再获得感染疾病情况比较

组别	n	皮肤感染(例)	肺部感染(例)	消化道感染(例)	合计 [例(%)]
观察组	40	0	2	1	3(7.50)
对照组	40	4	5	2	11(27.50)
χ^2					5.541
P					0.019

2.6 两组护理满意度比较 观察组护理满意度

(100.00%) 高于对照组 (82.50%) ($P < 0.05$)。见表 6。

表 6 两组护理满意度比较

组别	n	满意(例)	较满意(例)	不满意(例)	总满意 [例(%)]
对照组	40	23	17	0	40(100.00)
观察组	40	18	15	7	33(82.50)
χ^2					5.636
P					0.018

3 讨论

重症 HFMD 是危及患儿生命安全的一种传染

性疾病,病死率较高,在医院接受治疗能有效控制患儿病情,但治疗期间患儿普遍身体免疫力较差,出院后抗细菌侵袭能力不足,容易引发多种感染性疾病,因而需护理人员对出院患儿加强关注,提供有效护理指导^[8-9]。

基于认知行为理论的综合护理是近几年关注度较高的一种护理模式,强调认知和行为在疾病发生、发展和转归中的作用,通过改变个体对事物的认知方式来改善其行为和情绪,以提高护理效果^[10-11]。本研究以基于认知行为理论的综合护理干预重症 HFMD 患儿,结果显示,患儿临床症状(皮肤溃疡、口腔溃疡、发热、咳嗽)的消退时间明显加快,再获得感染疾病的发生率有效降低,表明该护理模式对加速患儿疾病康复及改善预后有良好的效果。重症 HFMD 患儿因年龄较小,对疾病的认知能力和理解能力有限,且缺乏自主管理能力,因此,患儿家属成为患儿康复过程中主要的护理人员^[12]。但家属属于非专业护理人员,对重症 HFMD 及其护理知识和护理技能了解较少,无法实施专业且有效的护理措施。基于认知行为理论的综合护理不仅注重采取有趣的游戏方式增强患儿应对疾病能力,且同样注重对患儿家属的认知和行为干预,通过培训、教育、指导等方式,可提高患儿家属对重症 HFMD 的认知水平与照护能力,出院后通过微信群指导家属如何正确实施日常护理,有助于持续提升患儿家属的疾病认知和护理能力,继而为患儿提供专业的疾病管理,从而能有效规避引起 HFMD 加重的危险因素,防止疾病恶化,减轻呼吸抑制、体温过高等长期持续发作的症状对心肺功能的损害,且对患儿病情康复和预防获得感染性疾病有积极意义。护理人员通过微信小程序每天收集患儿病情及护理相关信息,便于实时掌握患儿病情变化和家属护理情况,能协助护理人员及时识别患儿病情变化,发现不当护理措施并及时纠正,同样能有效控制患儿病情进展,改善预后。

本研究结果显示,观察组较对照组的治疗依从性更高($P < 0.05$),与蔡秀萍等^[13]研究结果一致。分析认为,常规护理模式较为单一,患儿由于害怕、恐惧等原因,治疗依从性较差^[14-15]。而基于认知行为理论的综合护理更加具体和个性化,能根据患儿的认知状况和需求进行有针对性的干预,不仅关注患儿

的生理层面护理,还注重心理和社会层面的护理,通过家属的参与和合作,提供专业知识和技能指导,可帮助患儿家属更好地应对患儿的病情变化,这种互动和参与的方式有助于建立信任和合作的关系,提高患儿的治疗依从性。此外,干预后观察组患儿家属的疾病认知、照顾能力及护理满意度较对照组更高($P < 0.05$),进一步证实基于认知行为理论的综合护理模式在提高患儿家属认知与照顾能力方面的有效性,能有效增强患儿家属的疾病认知,强化其专业护理能力,提升其对重症 HFMD 患儿的照顾能力。也有助于提高患儿家属的护理满意度。综上所述,基于认知行为理论的综合护理干预能提升重症 HFMD 患儿临床症状康复速度,预防患儿感染疾病再发生,同时能增强患儿治疗依从性,提升家属的疾病认知与照顾能力,并提高患儿家属对护理工作的认可度。

参考文献

- [1]朱迎春.循证护理应用于小儿重症手足口病的作用[J].安徽医学报,2022,21(1):122-123.
- [2]He X,Zhang M,Zhao C,et al.From monovalent to multivalent vaccines, the exploration for potential preventive strategies against hand, foot, and mouth disease (HFMD) [J].Virol Sin,2021,36 (2): 167-175.
- [3]蔡满媛,唐芳,李丹萍.重症早期预警护理在手足口病患儿中的应用效果[J].中外医学研究,2022,20(36):102-105.
- [4]翁斐斐,李婷,封金文.微信延续性护理在哮喘患儿中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(16):130-132.
- [5]潘美蓉,张诗雨,邱孙伟,等.认知行为治疗与成人注意缺陷多动障碍:认知模式及情绪症状在治疗中的中介作用[J].中国临床心理学杂志,2022,30(1):200-206.
- [6]《手足口病诊疗指南(2018版)》编写专家委员会.手足口病诊疗指南(2018年版)[J].中华传染病杂志,2018,36(5):257-263.
- [7]梁培荣,沈闯,马金玲,等.中文版家属照顾能力普适量表在白血病患者照顾者应用中的信效度分析[J].全科护理,2019,17(32):4070-4073.
- [8]胡冉冉.综合性护理干预在重症手足口病患儿中的应用[J].四川生理科学杂志,2021,43(3):464-466.
- [9]Wu Y,Wang T,Zhao M,et al.Spatiotemporal cluster patterns of hand, foot, and mouth disease at the province level in mainland China, 2011-2018[J].PLoS One,2022,17(8):e0270061.
- [10]韦靖,何静,梁芳,等.“互联网+”在我国延续护理中的研究进展[J].海南医学,2021,32(4):519-521.
- [11]佐品.微信平台延续性护理对肠造口患者护理效果的影响[J].中国实用护理杂志,2022,38(6):443-449.
- [12]覃芳华,朱丽辉,马媚媚.“互联网+”以家庭为中心的健康教育在门诊手足口病患儿家属中的应用[J].武警后勤学院学报(医学版),2020,29(10):71-73.
- [13]蔡秀萍,谢幼珊,陈益旋.微信平台联合延续性护理对学龄期哮喘患儿治疗依从性及效果的影响[J].齐齐哈尔医学院学报,2020,41(5):647-649.
- [14]姚静,徐明国,王威,等.基于互联网的延续护理对川崎病冠状动脉损伤患儿家庭照顾负担的影响[J].齐鲁护理杂志,2021,27(1):110-113.
- [15]杨光,宋乐乐,陈志博,等.奥瑞姆自理理论下的延伸护理对 EV71 感染手足口病患儿遵医行为及家属疾病认知的影响[J].承德医学院学报,2023,40(1):53-56.

(收稿日期:2023-11-24)