

· 临床探讨 ·

气质类型结合社会生活能力分级用于学龄前哮喘儿童家庭护理中的效果

李 莉, 苏 瑜

(海南省人民医院儿科, 海口 570311)

摘要:目的 探讨在学龄前哮喘儿童家庭护理中通过气质类型结合社会生活能力分级护理的效果。方法 选取该院2014年10月至2015年10月收治的162例学龄前哮喘患儿,并将其按随机数字表法分为对照组和观察组,每组81例患儿。对照组患儿采用普通干预措施,观察组患儿则根据气质类型和社会生活能力综合评分进行针对性干预。对比两组患儿干预后急性发作、就医情况以及治疗前后患儿肺功能和生命质量的变化情况。结果 观察组患儿干预后急性发作(2.28 ± 0.42)次、住院(1.10 ± 0.22)次、急诊就医(1.73 ± 0.35)次和对照组患儿急性发作(3.54 ± 0.33)次、住院(1.93 ± 0.34)次、急诊就医(3.06 ± 0.54)次相比明显较少,差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组患儿干预后随访1年的儿科哮喘生命质量调查问卷(PAQLQ)评分、PEF%、FEV1%明显优于对照组患儿,具有统计学意义($P < 0.05$)。结论 在学龄前哮喘儿童家庭护理中通过气质类型结合社会生活能力分级护理的效果明显,患儿的哮喘发作次数和就医次数明显减少,肺功能和生命质量得到明显改善。

关键词:学龄前; 哮喘; 气质类型; 社会生活能力; 家庭护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.17.044 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2016)17-2514-02

哮喘是临床上较常见的一种气道炎症疾病,多发于学龄儿童,其致病因素多样,如环境污染、气候骤然变化、触碰会引起感染的过敏物质及刺激性物质等,患儿会出现喘息、咳嗽、胸闷等症状,且易反复发作,对儿童的身心健康及生活质量带来了负面影响^[1-2]。有研究认为,哮喘的发生与儿童自身生理、心理特点、气质以及社会生活能力有相关性^[3]。因此,本文在对哮喘患儿的家庭护理中根据患儿的不同气质类型和社会生活能力综合评分采取有针对性的干预措施,观察其护理效果,现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取本院2014年10月至2015年10月收治的162例学龄前哮喘患儿进行本次研究,将其按随机数字表法分为对照组和观察组,每组81例患儿。对照组中男性患儿46例,女性患儿35例;年龄3~7岁,平均(4.36 ± 1.41)岁;病程0.4~5.0年,平均(3.43 ± 1.52)年。观察组中男性患儿45例,女性患儿36例;年龄3~7岁,平均(4.25 ± 1.27)岁;病程0.5~5.0年,平均(3.15 ± 1.33)年。本研究通过了医学伦理委员会的批准,两组患儿家属均对本次治疗目的和治疗方法知情同意,自愿参与本次研究并主动签署了知情同意书。经过统计学处理,两组患儿在年龄、性别比、病情、病程、父母文化水平、经济条件等方面未发现明显差异($P > 0.05$),可比性强。纳入标准:(1)所有患儿均符合哮喘的诊断标准^[4];(2)双肺出现湿啰音和哮鸣音,呼吸频率快、憋喘伴烦躁。排除标准:(1)神经系统原发性疾病患儿;(2)伴有心、肝、肾等脏器功能障碍患儿;(3)伴有系统性、代谢性疾病患儿。(4)严重过敏体质或对药物不能耐受患儿。

1.2 方法 (1)对患儿的气质类型与社会生活能力进行评定:162例患儿入组时由监护人填写《中国学龄前3~7岁儿童气质量表》、《婴儿-初中生社会生活能力量表》。气质类型分为难养型、中间偏难养型、启动缓慢型、中间偏易养型、易养型五个类型,分别为1~5分;社会生活能力分为低下、边缘、正常、高常和优秀五种,分别为1、2、3、4、5分。(2)对照组患儿采用普通干预措施:指导家长进行基本的护理操作,严格按照医嘱用

药;合理搭配患儿的饮食,保持适宜的室内温度及湿度,避免患儿与过敏原接触;对家长的紧张、担忧情绪进行疏导,给予患儿更多的关注及安慰,提高患儿治疗及护理的依从性。(3)观察组患儿则根据气质类型和社会生活能力综合评分进行针对性护理干预。健康宣教:多种宣传手段结合对患儿家长进行健康宣教,如发放宣传手册、专家讲座、座谈会及发送信息等,为家长讲解哮喘的相关知识,治疗的方法及护理措施;心理支持:安抚患儿家长担忧、紧张的不良情绪,多给予患儿关心、照顾,积极对患儿做好家庭护理;家居管理:保持家居环境的清洁、卫生及适宜的温度及湿度;家长为患儿准备的饮食应合理搭配,多食用高维生素、易消化的食物,避免患儿与动物皮毛、花粉等接触;随访:每个月进行一次电话随访,对家庭护理中遇到的问题进行分析及指导,每隔3个月进行一次入户随访,对患儿的生活环境、饮食习惯等方面进行评估,对发现的问题及时处理。

1.3 评价指标 (1)对比两组患儿干预后急性发作、住院次数、急诊就医次数。(2)对比两组患儿干预前、随访1年的肺功能和生命质量的变化情况。肺功能通过呼气峰流速占预计值百分比(PEF%)和第1秒用力呼气容积占预计值百分比(FEV1%)来评估。采用儿科哮喘生命质量调查问卷(PAQLQ)对患儿的生命质量进行调查分析。

1.4 统计学处理 用统计学软件SPSS17.0对表中数据进行分析,用 χ^2 检验比较计数资料;用 $\bar{x} \pm s$ 表示计量资料,用 t 检验进行组间比较, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 对比两组患儿气质类型和社会生活能力水平 观察组患儿中气质类型难养型(9/81)、中间偏难养型(9/81)、启动缓慢型(11/81)、中间偏易养型(11/81)、易养型(16/81),与对照组患儿中气质类型难养型(7/81)、中间偏难养型(9/81)、启动缓慢型(11/81)、中间偏易养型(12/81)、易养型(13/81)相比,差异无统计学意义($P > 0.05$)。观察组患儿社会生活能力低下(6/81)、边缘(16/81)、正常(23/81)、高常(8/81)和优秀(7/81),与对照组患儿社会生活能力低下(6/81)、边缘(15/81)、正常(19/81)、高常(9/81)和优秀(9/81)相比,差异无统计学意义

($P > 0.05$)。

2.2 对比两组患儿干预后急性发作、住院次数、急诊就医次数

观察组患儿干预后急性发作、住院、急诊就医次数均低于对照组患儿,差异均有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

2.3 两组患儿干预前后生命质量和肺功能变化对比

观察组患儿干预后随访 1 年的 PAQLA 评分、PEF%、FEV1% 明显优于对照组患儿,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 1 对比两组患儿干预后急性发作、住院次数、急诊就医次数(次, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	急性发作	住院	急诊
对照组	81	3.54 ± 0.33	1.93 ± 0.34	3.06 ± 0.54
观察组	81	2.28 ± 0.42	1.10 ± 0.22	1.73 ± 0.35
χ^2		20.62	17.50	17.65
P		<0.05	<0.05	<0.05

表 2 两组患儿干预前后生命质量和肺功能变化对比($\bar{x} \pm s$)

组别	n	PAQLQ 评分(分)		PEF%(%)		FEV1%(%)	
		干预前	随访 1 年	干预前	随访 1 年	干预前	随访 1 年
对照组	81	71.52 ± 9.42	76.52 ± 8.02	78.58 ± 4.13	78.82 ± 2.93	84.76 ± 2.54	85.47 ± 3.81
观察组	81	70.73 ± 6.65	90.13 ± 7.56	79.44 ± 5.27	80.26 ± 4.67	84.42 ± 3.23	86.91 ± 4.64
t		0.62	11.11	1.16	2.35	0.74	2.16
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨 论

近年来,儿童哮喘的发病率不断上升,儿童的气道结构较为特殊,且具有个体差异性,容易引发哮喘^[5]。哮喘起病急缓不一,刚患病时患儿会出现鼻塞、流涕、眼周红肿、打喷嚏等症状;病情加重后,患儿会出现刺激性干咳,并咳出白色黏液性痰,同时伴有哭闹不止,难以平卧,偶有端坐呼吸;如果病情加重则会导致患儿呼吸困难、烦躁,甚至出现休克,严重影响到儿童的身心健康^[6]。

有研究显示,儿童哮喘的发生除了与环境变化、饮食习惯、儿童自身抵抗力有关外,还与气质及社会生活能力有密切关系^[7]。气质是儿童个性心理特征中的一种,对儿童的行为及心理活动有直接的影响,尤其是学龄前儿童易受外部环境的影响,而且不同气质类型的儿童对外部环境刺激会产生不同的反应^[8]。另外,从儿童单独处理日常生活事件中能体现出儿童的社会生活能力水平,社会生活能力强的儿童自控能力越高,与家长教育的配合度则越高^[9]。易养型气质的儿童性情较温顺,能积极接受新事物及新刺激,环境适应性较强,对这一类型的患儿干预较简单;但难养型患儿反应较强烈,对新事物和新刺激呈回避、消极态度,对这类患儿与社会生活能力低下、边缘患儿的干预则需通过加强心理疏导、家长教育,增加随访次数来强化干预措施^[10];启动缓慢型患儿情绪反应较温和,对新事物及新刺激消极应对,但其生活规律,能缓慢适应环境,对这类患儿的干预应避免其与应激原接触,从而降低患儿哮喘发作^[11]。本研究结果显示,观察组患儿干预后急性发作次数、住院次数、急诊就医次数、PAQLA 评分、PEF%、FEV1% 明显优于对照组患儿,差异有统计学意义($P < 0.05$)。根据不同气质类型和社会生活能力水平的患儿采取针对性干预措施,如加强健康宣教及心理支持,可以让家长进一步了解哮喘的相关知识,了解对哮喘患儿家庭护理的方法,同时通过心理疏导缓解家长的不佳情绪,增强家长自信心,更好地为患儿进行家庭护理;通过电话及入户随访,及时帮助家长解答家庭护理中遇到的问题,同时对患儿的饮食习惯、家具环境和自我管理方面进行评估,对出现的问题给予纠正,强化护理措施^[12]。

综上所述,在学龄前哮喘儿童家庭护理中通过气质类型结合社会生活能力分级护理的效果明显,患儿的哮喘发作次数和就医次数明显减少,肺功能和生命质量得到明显改善。

参考文献

[1] 苏丽娅,刘萍,吴立云. 气质联合社会生活能力在学龄前

哮喘患儿家庭护理中的应用[J]. 中国实用护理杂志, 2015,31(14):1063.

[2] Altunayoglu CV, Gazioglu S, Can Usta N, et al. Evaluation of temperament and character features as risk factors for depressive symptoms in patients with restless legs syndrome[J]. J Clin Neurol, 2014, 10(4): 320-327.

[3] 龙月云,潘晓琮,陈晓玲,等. 哮喘患儿家属疾病认知及家庭护理状况研究[J]. 中华现代护理杂志, 2014, 20(34): 4359.

[4] 徐文林,王爱敏,于桂玲,等. 家庭环境及家庭功能与儿童哮喘自我管理水平的关联性研究[J]. 中华护理杂志, 2014, 49(11): 1352.

[5] 许敬,刘新文. 家庭护理管理计划对儿童哮喘患儿再入院的影响研究[J]. 中国妇幼保健, 2013, 28(15): 2341-2343.

[6] 袁方,徐婉婷,张建华,等. 父母管理与支气管哮喘儿童的生活质量[J]. 临床儿科杂志, 2013, 31(3): 242-246.

[7] 周莉,韩春晖,马鸿雁,等. 居家自我护理行为干预模式在学龄期儿童哮喘管理中的应用[J]. 中华护理杂志, 2013, 48(1): 70-72.

[8] 时英,肖燕,汪丹华,等. 个体化健康教育对学龄期哮喘患儿自我管理能力和生命质量的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2013, 17(10): 106-108.

[9] 阐玉英,许铨,张莉,等. 以家庭为中心的护理对哮喘患儿疗效的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2013, 17(4): 100-102.

[10] Papadopoulos NG, Arakawa H, Carlsen KH, et al. International consensus on (ICON) pediatric asthma[J]. Allergy, 2012, 67(8): 976-997.

[11] 郑本会. 家庭护理行为干预在学龄期哮喘患儿自我管理中的应用[J]. 山西医药杂志, 2014, 43(3): 354.

[12] 丁焘,倪俊毅,徐决平,等. 上海崇明地区学龄前儿童社会能力与气质类型的关系[J]. 临床儿科杂志, 2014, 32(6): 551-554.

(收稿日期:2016-02-23 修回日期:2016-05-26)