

713.

[28] 李鸣宇,刘正,朱彩莲.茶多酚和茶色素对口腔主要致病
菌作用比较[J].广东牙病防治,2001,9(1):3-4.

• 临床护理 •

(收稿日期:2012-03-09 修回日期:2012-04-22)

家庭支持性心理干预对脑外伤后抑郁的疗效观察^{*}

吴芷芷¹,李红玉^{2△}

(1. 辽宁医学院,辽宁锦州 121001;2. 辽宁医学院医学教育研究所,辽宁锦州 121001)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.28.049

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)28-3011-03

随着社会经济水平的不断提高、高速交通工具的广泛应用、建筑业的迅速发展、世界范围内灾害的频繁发生以及各种快速、刺激性的娱乐活动的出现,脑外伤(TBI)的发病率居创伤的首位,或仅次于四肢骨折,占全身各部位创伤的 9%~21%^[1]。不仅对躯体造成极大危害,而且还会产生各种情绪障碍,其中最常见的情绪障碍为抑郁。据国内外相关研究报道,TBI 后抑郁的发病率约占 TBI 患者总数的 30%~50%,对其临床治疗效果及生活质量均造成严重影响,同时也给家庭乃至社会带来负担^[2-4]。作者于 2011 年 7 月对患者采用家庭支持性心理干预的疗法,改善 TBI 后患者的抑郁状况,以辅助临床治疗,促进脑损伤的康复,提高患者的生存质量。

1 对象与方法

1.1 研究对象 连续性纳入 2011 年 7 月至 2011 年 9 月,辽宁医学院附属第一医院神经外科符合标准的 TBI 后抑郁患者 50 例。患者纳入标准:(1)均有明确的头部外伤史,并经头颅 CT 或 MRI 检查确诊的颅脑损伤患者;(2)汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分大于或等于 20 分;(3)具有小学以上文化程度,能理解调查问卷内容;(4)伤前智商正常,没有生活能力及社会功能缺陷;(5)无其他妨碍心理测试的疾病;(6)不合并其他严重脏器损伤;(7)伤后 2~3 周且知情同意愿意参加的颅脑损伤患者。患者的排除标准:(1)既往有颅脑损伤史及脑血管意外史或其他颅内占位性病变等;(2)外伤后昏迷时间超过 6 h 或格拉斯哥评分(GCS)≤8 分,存在意识障碍无法配合者;(3)外伤时年龄小于 10 岁或者大于 60 岁;(4)既往有精神病个人史或家族史、痴呆、吸毒和嗜酒史。采用随机数字表法将其分为试验组及对照组。试验组患者 25 例,其中,男 19 例,女 6 例;颅骨骨折 6 例,硬脑膜外血肿 4 例,硬膜下血肿 5 例,脑挫裂伤 9 例,蛛网膜下腔出血 1 例。对照组患者 25 例,其中,男 19 例,女 6 例;颅骨骨折 5 例,硬脑膜下血肿 3 例,硬脑膜外血肿 6 例,脑挫裂伤 10 例,蛛网膜下腔出血 1 例。2 组患者一般情况及病情比较差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 干预方法 两组患者均给予医院常规治疗和常规护理,试验组则在上述基础上辅以家庭支持性心理干预。

1.2.1 家庭支持性心理干预的方法和内容

1.2.1.1 对患者家属进行集中讲座和个体针对性指导相结合的方式 由 2 名具有丰富工作经验并有一定的心理学知识的医师对患者家属进行相关知识和应对技能等方面的讲座。前一个月每周给患者家属做一次集中知识讲座,试验期

间随时进行个体针对性指导,试验组出院后继续进行家庭支持性心理干预。对照组给予常规出院宣教,出院后仅在门诊随访,相应措施均持续到患者病程满 3 个月时完成。

1.2.1.2 患者家属认知教育 (1)脑外伤后的康复是一个漫长而循序渐进的过程,大部分康复时间是在家中渡过,家庭作为患者的重要支持系统,使患者和家属建立起一种互动的关系,对患者的身体康复起着重要的作用;(2)相关知识的宣教,颅脑损伤后出现抑郁的原因,抑郁情绪的表现,怎么观察识别症状,支持性心理干预的理论基础及实施技巧。针对疾病及其预后、适应角色转变、应对不良生活事件、培养兴趣爱好、改善睡眠质量、建立良好家庭关系、增加日常生活活动、增加人际交往等生活的各个方面并结合患者自身特点应用支持性心理干预技巧进行干预^[5]。干预是一个动态的过程,可根据需要随时进行调整。

1.2.1.3 家庭支持性心理干预要点 (1)倾听:耐心倾听患者宣泄,宣泄即允许患者把压抑的情绪尽可能无顾忌无保留地流露出来。患者将积累在内心不为人知的烦恼、苦闷、愤怒、自卑等情绪说出来,而且有一个愿意并善于倾听的人,本身就是患者疏泄负性情绪的一部分。倾听的基本要求是患者家属能够在投情的水平上来听患者的倾诉。投情的要求有多个层面:①患者家属要有同情心,同理心,即真的关心并愿意帮助患者;②用心倾听,即在交谈过程中或肢体语言交流过程中去体会、感受当事人的内心世界,进入患者的内心世界;③以语言准确的表达对患者内心世界的理解;④引导患者对其感受作进一步的思考^[6]。(2)支持和鼓励:支持就是让患者感受到来自家庭的关心,有人在帮助他共同应付困境,重点就是让患者感觉到有同盟军在与他并肩战斗,他不再孤独,不再是孤军奋战,帮助患者重建自信,增强归属感。而鼓励是家属对患者的发现、赏识,是揭示他自己不自觉的有点长处和治疗过程中取得的点滴成绩与进步。只有当患者家属心里很明确患者想达到的目标是什么,鼓励才是有效的。(3)解释指导:患者家属要提供正确的知识,纠正错误的想法,解除烦恼的来源。指导是家属对患者提出行动建议,采取适当的方法解决问题。指导应该根据具体的问题并结合患者的情况而定。(4)培养信心 and 希望:帮助患者培养希望,让患者有信心与动机去处理自己面对的困难。指出患者具有的长处,问题的可解决性,可许诺提供帮助支持,共同去处理问题,这样患者就能感到生机的存在,产生动机去尝试。(5)疏泄:发现抑郁情绪的存在及时给予疏泄。包括根据

^{*} 基金项目:辽宁省教育科学“十二五”规划课题基金资助项目(JG11DB169)。 [△] 通讯作者, Tel:13904067785; E-mail:reda4673@sina.com。

患者的心理特点、文化程度、爱好,积极开展各种文体活动,放松训练及音乐治疗。鼓励患者做一些自己感兴趣但没有危害的事情。另外,多吃些富含维生素 B 和氨基酸的食物,如肉类、蛋类、牡蛎、奶、大豆、谷类、花生、核桃等。

1.2.1.4 检查 每次集中讲座培训之后都会以简单提问的方式检查一下患者家属是否掌握了干预要领,能否运用支持心理干预的基本方法解决患者的具体问题,根据掌握情况及时进行强化指导。

1.2.2 研究工具 (1)一般资料表:包括患者姓名、年龄、性别、文化程度、职业、受伤原因、病程、是否手术。(2)评估患者的抑郁状况:用由 Hamilton 于 1960 年编制,是临床上评定抑郁状态时应用最为普遍的汉密尔顿抑郁量表(HAMD,24 项版本)评分,将上述各项分值进行累加,如总分小于 8 分表示无抑郁,8~20 分表示可能有抑郁,>20~35 分表示肯定有抑郁,大于 35 分表示重度抑郁;将患者干预 3 个月后的 HAMD 减分率作为临床疗效判定指标,如 HAMD 减分率大于或等于 75%为临床痊愈,50%~<75%为显效,25%~<50%为有效,小于 25%为无效。(3)生活质量指数量表(QL-Index)由 Spitzer 在 1981 设计,该量表包括 5 个方面:活动、日常生活、健康、支持和总体情况,每个项目分 0、1、2 三个强度。根据患者的当前情

况,逐项选择最合适的一栏,并把相应的分数记录下来。总分介于 0~10,高分者生活质量好于低分者。

1.3 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计学软件进行数据分析,计量资料比较采用 *t* 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

两组患者治疗前,其 HAMD 评分及 QL-INDEX 评分均比较接近,组间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

两组患者分别经 3 个月治疗后,发现各组患者上述指标均较治疗前有一定程度改善($P<0.05$);进一步分析发现,试验组上述指标的改善幅度相对较显著,其 HAMD 评分和 QL-INDEX 评分与对照组比较差异均有统计学意义($P<0.05$),且试验组的临床疗效也显著优于对照组,具体数据见表 1~3。

表 1 两组患者 HAMD 评分比较($\bar{x}\pm s,n=25$)

组别	治疗前	治疗后
对照组	35.40±5.28	19.92±3.59*
试验组	35.68±3.87	9.76±2.92*#

*: $P<0.05$,与治疗前比较;#: $P<0.05$,与对照组治疗后比较。

表 2 治疗前、后两组患者 QL-Index 评分比较($\bar{x}\pm s,n=25$)

组别	时间	运动	日常生活	健康	支持	总体情况	总分
对照组	治疗前	0.68±0.48	0.76±0.44	1.08±0.27	1.64±0.57	0.92±0.40	5.12±1.51
	治疗后	1.64±0.49*	1.56±0.51*	1.76±0.44*	1.68±0.48*	1.84±0.38*	8.40±1.50*
试验组	治疗前	0.68±0.48	0.80±0.41	0.96±0.20	1.72±0.46	1.00±0.28	5.20±0.82
	治疗后	1.92±0.28*#	1.84±0.38*#	1.96±0.20*#	1.92±0.28*#	2.00±0.20*#	9.52±0.92*#

*: $P<0.05$,与治疗前比较;#: $P<0.05$,与对照组治疗后比较。

表 3 两组患者治疗后临床疗效比较($n=25$)

组别	临床疗效			
	临床痊愈	显效	有效	无效
对照组	0	19	6	0
试验组	9	16	0	0

3 讨 论

文献报道脑外伤出院回归社会后最常见的社会和医疗问题都是心理抑郁,后者不仅影响患者的工作、就业和学习,严重者还危及到其生活质量和日常生活能力,甚至还包括疾病的预后和远期疗效^[7]。患者通常表现为情绪低落、睡眠障碍、反应迟滞及绝望等,严重影响患者认知、言语功能及家庭、社会能力的恢复,可影响躯体障碍的恢复;同时由于患者失去或减少对前途的信心,丧失主动康复的动力,配合治疗的主动性较差,表现为精神运动性抑制,肢体运动减少,脑及全身血流相对缓慢,不利于脑部病灶部位侧支循环建立,导致康复疗效不理想,进一步加重了患者的生理及心理负担,严重影响患者的生存质量^[8]。

家庭支持性心理干预的主要特点是提供支持,善于利用患者的潜在资源与能力,合理结合熟悉情境,协助患者渡过危机,以较有效的方式去面对困难和应对挫折^[9]。本研究结果显示,干预后 3 个月,试验组和对照组 HAMD 评分都低于干预前,但试验组 HAMD 评分显著低于对照组($P<0.05$),试验组临

床痊愈 9 例,16 例抑郁得到了显著提高,而对照组没有 1 例达到临床痊愈,显著提高 19 例,6 例有一定提高;同样试验组干预 3 个月后 QL-Index 评分显著高于同期对照组($P<0.05$),说明家庭支持性心理干预可以明显缓解 TBI 患者的抑郁情绪,提高患者的生存质量。

脑外伤后抑郁障碍发病率很高,但综合性医院非精神科医生对此病的认识不足,识别率和专科治疗率很低^[10],临床工作者在颅脑损伤患者的治疗中,通常多注重于意识状态及肢体运动功能的恢复,而对抑郁等情绪障碍缺乏应有的重视和诊断处理技能。近年来的研究表明单纯的外科治疗并不能使患者的社会功能完全恢复,适当的心理干预有利于预防创伤后心理障碍的发生^[11]。随着医学模式的转变,护理理念也在不断发展,其中心是服务思想的转变,护理由以疾病为中心的功能制转变为以患者为中心的系统化整体护理,护理工作的服务内涵发生了改变,护理工作不仅是打针发药,更多的是患者的心理护理,以及与疾病相关知识的传播等。当前世界各国普遍存在“卫生人力失衡”现象,中国护理人力资源也十分短缺^[12];而家庭是患者的主要支持系统,家庭支持性心理干预具有缓解抑郁和直接影响患者身心健康和社会功能的作用^[13]。家庭支持与生存质量呈正相关关系,家庭支持性心理干预既减轻患者的经济负担,又减轻患者精神压力,有利于患者身心康复,具有一定的临床意义。Leske^[14]指出患者家属参与护理有助于缓解患者的抑郁、恐惧等心理,并有助于改善预后。

参考文献:

[1] 金钰梅,贾亚平,金成胜,等. 居家护理对中重型颅脑损伤患者长期预后的影响[J]. 中华护理杂志,2009,44(11): 965-968.

[2] Grades MA,Vasa RA,Riddle MA,et al. New onset obsessive-compulsive symptoms in children and adolescents with severe traumatic brain injury[J]. *Depress Anxiety*, 2008,25:398-407.

[3] Moldover JE,Goldberg KB,Prout MF. Depression after traumatic brain injury: a review of evidence for clinical heterogeneity[J]. *Neuropsychol Rev*,2004,14:143-154.

[4] Glenn MB,Oneil PT,Goldstein R,et al. Depression amongst outpatients with traumatic brain injury[J]. *Brain Injury*,2001,15:811-818.

[5] 邓秋兰,庞玲玲,农历月. 支持性心理干预对社区脑卒中后抑郁患者预后的影响[J]. 护理学杂志,2010,25(1):59-60.

[6] 崔光成,邱鸿钟. 心理治疗学[M]. 北京:北京科学技术出版社,2003:35-41.

[7] 林红霞,徐晓光,岳桂林. 脑外伤后出院回归社会患者迟发性抑郁与社会支持的相关性[J]. 中国临床康复,2005, • 临床护理 •

9(1):1-3.

[8] 徐芝灵,李加亮. 心理干预联合电针及高压氧治疗脑外伤后抑郁症的疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2011,33(1):39-42.

[9] 刘丽贞,张丽,陈漫玲. 早期支持性心理干预对脑卒中患者康复的影响[J]. 全科护理,2010,8(3):571-572.

[10] 戴宏伟,于筠,韩克捷,等. 脑外伤后抑郁/焦虑对脑外伤预后的影响及综合治疗[J]. 中华医学实践杂志,2008,7 (6):485-488.

[11] 杨金福,廖达光,张天一,等. 365 例颅脑创伤后精神障碍的相关分析[J]. 中华创伤杂志,2006,22(9):717-718.

[12] 王微,高丽敏,范玲. 病房护理人员配置与患者对护理工作满意度的相关性研究[J]. 中国医科大学学报,2011,40 (1):92-94.

[13] Courtne AM,Stevens CJ,Crebolder JM,et al. Longitudi-nal study on quality of life and social support in cancer patients[J]. *Cancer Nursing*,1996,19(3):162-169.

[14] Leske JS. Interventions to decrease family anxiety[J]. *Crit Care Nurse*,1998,18:92-95.

(收稿日期:2012-02-12 修回日期:2012-04-22)

不同学历实习护士糖尿病健康教育效果比较*

徐蔚蔚,赵锡丽[△],刘小兰,蒋国萍,张丽,戟芳
(重庆医科大学附属第二医院内分泌科 400010)

doi:10. 3969/j. issn. 1671-8348. 2012. 28. 050 文献标识码:C 文章编号:1671-8348(2012)28-3013-02

随着生活水平的提高,糖尿病的发病率逐年增长。糖尿病患者流动性较大,单纯药物治疗无法达最佳治疗效果,究其原因与不能及时追踪随访有直接关系,而糖尿病健康教育作为糖尿病三级预防的重要手段之一^[1],则充分地弥补了以上不足。但是一成不变的健康教育不但无法优化治疗,反而致使患者对治疗失去信心,严重影响治疗效果,提高健康教育质量对于治疗至关重要。在临床工作中,除了带教老师外大量的实习护士在健康教育中扮演着重要的角色,而实习护士水平参差不齐,导致健康教育质量也有差异。如何才能为患者提供更全面、专业及人性化的健康教育是目前面临的严峻问题,故本研究对比不同学历层次实习护士健康教育效果,通过试验探求更优质的健康教育。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2011 年 1 月至 2011 年 12 月初诊糖尿病患者 147 例随机分为两组(本科组 65 例、专科组 82 例),两组患者在年龄、性别、文化层次、收入水平及靶器官损害方面差异无统计学意义($P>0.05$)。两组患者分别由不同学历层次护士进行健康教育:本科组由本科护士(42 人)进行健康教育;专科组由大专护士(51 人)进行健康教育,见表 1。

1.2 方法 两组患者给予相同的健康教育方案,讲解内容包

括:(1)糖尿病的病因、发病机制及临床表现;(2)糖尿病的综合治疗原则:药物治疗、合理饮食、适量运动及三者之间的关系;(3)糖尿病的自我监测方法、血糖仪的正确应用;(4)糖尿病饮食、体育锻炼的原则及注意事项;(5)低血糖的诱因、临床表现、预防措施和自救方法;(6)处理日常生活中应激的方法和如何加强自我防护。将以上内容采用健康教育卡片、宣传栏、示范训练、观看录像等方法,个人宣传、小组式宣教和座谈会等方式。选择合适的时间,灵活运用文字、电子媒介等对患者分阶段反复进行传授,注意与患者原有的知识相联系,形成完整的糖尿病知识结构。

1.3 评价指标 护生方面:按照学校制定的临床毕业实习的教学计划要求,安排在实习出科前一周对实习护生进行个人考核评估和总体评估。考评由实习科室护士长、责任组长、带教老师组成评估组,按不同学历护生临床实习教学要求,在基础护理理论、基础护理操作、专科护理理论、专科护理操作、整体护理和综合素质(工作责任心、分析解决问题、沟通交流能力)6 个方面,由患者评分、护生自评、护生互评和带教老师评分。患者方面:比较两组患者出院 3 个月后糖尿病相关知识掌握情况,比较两组患者出院 3、6 个月后的遵嘱治疗率、定期随访率、血糖达标率、空腹 C 肽、HbA1c、血脂及低血糖、酮症酸中毒发生率。

* 基金项目:重庆医科大学附属第二医院院内课题(200698)。 [△] 通讯作者, Tel:13983386600;E-mail:zhaoxl6600@126.com。