

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.31.047

改良的亲情护理与传统亲情护理对脑卒中偏瘫患者焦虑、抑郁状况疗效的比较*

朱亚芹^{1,2}, 成杰^{1△}, 隋丽丽¹, 王卫亮¹, 于颖¹, 张静¹

(1. 河北联合大学附属医院神经外科, 河北唐山 063000; 2. 承德医学院附属医院神经内科, 河北承德 067000)

[中图分类号] R473

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)31-4452-03

脑卒中(stroke)又被称为急性脑血管病事件,是由于急性脑循环障碍所致局部或全面性功能缺失综合征,具有高发病率、高病死率、高致残率,已成为威胁人类健康的主要疾病。偏瘫作为一种功能障碍,常可导致患者心理失衡^[1]。研究报道,20%~50%的卒中患者可能发生抑郁(post-stroke depression, PSD)^[2],出现持续的情感失落和兴趣减退,甚至出现自杀^[3]。这不仅影响患者神经功能的恢复,延长住院时间、增加医疗费用,增加病死率;同时对医疗护理也提出了更高要求。早期的心理护理和肢体康复训练,能够减少脑卒中偏瘫患者的不良情绪^[4]。传统亲情护理作为一种新的陪护方法,能体现视患者为亲人的理念,有利于患者康复信心的建立,护理质量和患者满意度的提高^[5-6],已经成为护理学者热议的话题,但因为不同疾病对患者心理状况的影响不同,传统亲情护理的不足也逐渐显露。本研究采用改良的亲情护理(有亲属陪伴)方法对脑卒中偏瘫患者实施护理,观察与传统亲情护理方法对脑卒中患者焦虑、抑郁状况影响的比较,为临床实践中实施护理干预提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 1 月至 2014 年 1 月在河北联合大学附属医院神经内科住院治疗的脑卒中偏瘫患者 386 例,其中干预组(有亲属陪伴)194 例,焦虑患者 106 例,抑郁患者 88 例;对照组(无陪伴)192 例,焦虑患者 102 例,抑郁患者 90 例。入选标准:符合脑卒中诊断标准^[7],经头颅 CT 和/或 MRI 确诊的首发脑卒中患者;年龄 40~85 岁,性别不限;意识清楚的患者;无失语及智力障碍,对所用量表内容能正确理解回答;卒中前无焦虑、抑郁症状,卒中后为中度焦虑、抑郁水平;能在本科定期随访复诊者;发病前完全自理,无肢体残障,能够正常参与社会活动;患者知情同意。排除标准:合并严重的内科疾病者;意识障碍者;四肢瘫痪者;认知障碍者;既往有脑卒中病史且遗留肢体残障者;既往有精神疾病者;盲、聋、哑等无法正常交流的患者。脱落标准:干预过程中因其他疾病住院或死亡者。

1.2 方法

1.2.1 分组 患者入院第 1 天,根据其有无亲属陪护,分为干预组和对照组。干预组采用改良的亲情护理(有亲属陪伴)模式,每天至少 8 h 以上由亲属(父母、子女、配偶)陪伴,在患者意识清醒、病情稳定时,尽早与亲属接触,要求亲属陪伴并根据患者的意愿参与简单的生活护理,让亲属成为护患间的桥梁,满足患者亲情需求,提高患者自我认同感和责任感,尽快适应角色,主动配合治疗。同时对患者实施亲情心理干预:讲解不

良情绪对患者的危害及对康复的影响;鼓励患者表达内心痛苦体验;指导亲属学习和掌握一些简单的心理干预方法。通过亲属与患者密切接触交流,及时发现情绪变化,对存在的焦虑、抑郁等心理问题,通过解释、安慰、激励、暗示等方法及时给予心理疏导和亲情引导,增强患者心理应激能力和战胜疾病的信心。对照组采用传统亲情护理模式进行护理。患者住院期间无亲属陪伴,从患者入院到出院,包括患者的基础护理在内的全部护理工作均由护理人员完成。患者的亲属在每天上午 11:00~12:00、下午 16:00~17:00 探视患者。

1.2.2 测量工具 (1)由研究者自行设计问卷,收集一般资料包括患者姓名、性别、年龄、诊断、住院号、教育程度、经济状况、婚姻状况、主要亲属陪伴、合并疾病、吸烟、饮酒、患者对亲属的需求情况和亲属对患者的关心程度等。(2)HAMA 量表评价患者焦虑程度:1959 年由 Hamilton 编制,包括 14 个反映焦虑症状的项目,主要涉及躯体性焦虑和精神性焦虑两大类因子结构。评分标准为:0 分为无症状;1 分为轻微症状;2 分为肯定有症状,但不影响生活与活动;3 分为重度症状,需加处理,或已影响生活和活动;4 分为极重度症状,严重影响其生活。按照我国量表协作组提供的资料,总分在 29 分及以上,表明患者可能存在严重焦虑;总分在 21~28 分,表明患者有明显的焦虑;总分在 14~20 分,表明患者肯定有焦虑;总分 7~13 分,表明患者可能有焦虑;得分低于 7 分,表明患者没有焦虑症状。一般划分为 14 分^[8]。总分能够较好地反映病情严重程度,本研究选取总分在 21~28 分的中度焦虑患者。(3)HAMD 量表评价患者抑郁程度:1960 年由 Hamilton 编制,也是我国脑卒中康复治疗指南建议使用的抑郁筛查量表^[9]。量表共有 24 题,分为 7 个因素,包括各种相关的抑郁症状。除了 3 级评分的几个项目,大部分项目采用 5 级评分。评分标准为,3 级:0 分为无症状;1 分为轻度至中度症状;2 分为重度症状;5 级:0 分为无症状;1 分为轻度症状;2 分为中度症状;3 分为重度症状;4 分为极重度症状。总分少于 20 分,表明没有抑郁症的症状;总分 20~34 分,表明患者可能轻微或中度的抑郁;总分超过 35 分表明患者可能严重抑郁。本研究选取中度抑郁患者,总分(25±2)分患者。

1.2.3 质量控制 两组脑卒中偏瘫患者均接受常规药物、康复治疗,优质护理即清洁卫生、皮肤等基础护理,病情观察、康复指导等专科护理等服务,HAMA 和 HAMD 评定均由经过统一培训的护士和医生完成,分别在两组患者入院第 1、7、14 天,应用统一工具和方法进行测量,以确保资料的可比性。

1.3 统计学处理 采用 SPSS19.0 软件进行统计分析,计量

* 基金项目:2012 年河北省高等学校人文社会科学研究重点项目(SD122012)。 作者简介:朱亚芹(1981—),主管护师,硕士,主要从事临床护理及护理管理工作。 △ 通讯作者,E-mail:chengjie9655@126.com。

资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验进行分析,计数资料用频数和率表示,采用 χ^2 检验进行分析,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者一般资料的比较 经过筛选最终有 386 例脑卒中偏瘫患者符合入组条件,其中干预组(改良的亲情护理)194 例,对照组(传统亲情护理)192 例。男 265 例,女 121 例。年龄 37~80 岁,平均(65.20±8.04)岁。脑梗死 334 例,脑出血 52 例。经检验,干预组和对照组患者的一般资料(包括患者的年龄、性别、职业、患者的教育程度、婚姻状况、经济状况、疾病诊断、有无合并疾病,以及是否吸烟饮酒等)的比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

2.2 两组患者 HAMA 和 HAMD 量表评分情况的比较 与对照组比较,干预组第 1 天脑卒中偏瘫患者的 HAMA、HAMD 得分差异无统计学意义($P > 0.05$),第 7 天、第 14 天脑卒中偏瘫患者的 HAMA、HAMD 得分显著降低($P < 0.05$);与入院第 1 天比较,干预组、对照组入院第 7、14 天的脑卒中偏瘫患者 HAMA、HAMD 得分明显减低($P < 0.05$),且第 14 天得分下降水平更明显($P < 0.05$)。结果见表 1、2。

表 1 两组患者 HAMA 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	入院第 1 天	入院第 7 天	入院第 14 天
干预组	106	24.75±4.05	15.36±3.41 ^b	9.15±3.57 ^{bc}
对照组	88	26.05±3.12	20.52±2.36 ^{ab}	15.50±3.82 ^{abc}

^a: $P < 0.05$,与干预组比较;^b: $P < 0.05$,与入院第 1 天比较;^c: $P < 0.05$,与入院第 7 天比较。

表 2 两组患者 HAMD 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	入院第 1 天	入院第 7 天	入院第 14 天
干预组	102	26.15±4.05	14.67±3.46 ^b	9.49±3.57 ^{bc}
对照组	90	26.42±3.03	21.30±4.32 ^{ab}	14.55±2.95 ^{abc}

^a: $P < 0.05$,与干预组比较;^b: $P < 0.05$ 与入院第 1 天比较;^c: $P < 0.05$,与入院第 7 天比较。

3 讨 论

偏瘫是脑卒中患者致残的主要原因之一,偏瘫不仅增加了脑卒中患者的生理和心理需求,也相应增加了家庭和社会的负担。“无陪护”病房管理模式对减少家庭负担具有积极意义,但不能满足脑卒中患者的亲情需求。我国受儒家思想的影响,亲情观念植根于中国文化。家庭是亲情的象征,不仅是人们生活的场所,更是人们心灵的港湾,对个人的心理和生活具有重大意义^[10]。

脑卒中患者因为身体功能部分或全部丧失,使其认为自己不再为家庭、社会做贡献,主观上觉得自己是一个无用的人,社会不再需要自己,还成为家庭的负担,常伴有心理失衡^[1],情绪低落,甚至不接受治疗,影响预后。而心理问题是脑卒中患者产生焦虑、抑郁的主要原因^[11]。焦虑、抑郁作为脑卒中偏瘫患者常有的精神状态,严重影响患者功能恢复,给患者个人和家庭都带来极重的思想压力及经济负担。有国外学者证实^[12],缺乏良好社会支持的脑卒中患者常出现许多社会心理问题,如产生社会孤立感、社会活动减少、家庭功能部分或全部丧失、经济活动受限、对家人产生依赖等,从而减慢了患者的身心功能的恢复,出现焦虑、抑郁等不良情绪,以及智能的减退和社会参与及适应能力降低,最终导致生活质量降低。

传统的亲情护理要求护理人员待患者如亲人,未能关注到患者当时的心情、所处的环境和感知的能力等,往往导致患者对治疗产生厌恶和抵触心理。改良的亲情护理(有亲属陪伴)作为一种因病而异的陪护方法,满足了患者的多元化需求,考虑了脑卒中患者心理的变化,不仅使患者感受到了家庭的温暖,还能再次得到针对性的教育和指导,巩固和强化教育内容,促进预后。通过健康知识信息的有效传递和健康行为的亲情干预,帮助患者和亲属正确认识健康与疾病,了解脑卒中相关知识和脑卒中先兆症状,远离危险因素,使患者能够自觉自愿的采纳有益于身心健康的行为和良好的生活方式,达到消除或规避脑卒中的危险因素,提高患者治疗护理的依从性,减轻卒中并发症。家庭作为社会支持系统的重要组成部分^[13],能够有效改善脑卒中患者抑郁情绪,增强患者的康复信心,促进患者的全面康复^[14]。顾沈红等^[15]研究显示,改良的亲情护理能够减少帕金森病患者催眠药物的使用,改善其睡眠状况和抑郁情绪。Lucchese 等^[16]调查了住院患者对亲人的陪护需求,结果显示,33.0%的患者对亲人有强烈的依赖感,35.7%的患者存在抑郁症状,45.2%的患者存在焦虑症状,提示亲属的陪伴对脑卒中患者具有重要意义,脑卒中患者需要亲情的关怀与陪伴。因此,在脑卒中偏瘫患者的康复护理过程中,改良的亲情护理模式作为深入开展优质服务的新尝试,能够积极调动患者家属的亲情支持,提高患者的心理应激能力,减轻焦虑及抑郁,使住院患者获得满意的情感及心理支持,促进患者生活质量的提高^[17]。本研究结果显示,干预组和对照组的脑卒中偏瘫患者在入院时的焦虑、抑郁情况均无明显差异($P > 0.05$),而随着医疗护理的不断介入,焦虑、抑郁情绪逐渐减轻,入院第 7、14 天时,干预组 HAMA 和 HAMD 评分降低程度明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),说明脑卒中患者早期亲属的介入,能够满足患者的亲情心理需求,减轻了患者的焦虑、抑郁程度,与金英等^[18]、李小金等^[19]报道的结论相一致。由此结果推测,改良的亲情护理(有亲属陪伴)比传统亲情护理对脑卒中偏瘫患者焦虑、抑郁状况的改善更有效,具有重要的临床推广价值。

参考文献

- [1] 梁业飞. 脑卒中后焦虑状态与抑郁状态的药物治疗[J]. 实用心脑血管病杂志, 2012, 20(2): 290-291.
- [2] Arseniou S, Arvaniti A, Samakouri M. Post stroke depression: Recognition and treatment interventions[J]. Psychiatrike, 2011, 22(3): 240-248.
- [3] Dafer RM, Rao M, Shareef A, et al. Poststroke depression [J]. Top Stroke Rehabil, 2008, 15(1): 13-21.
- [4] Sims J, Galea M, Tavior N, et al. Regenerate: Assessing the feasibility of a strength-training program to enhance the physical and mental health of chronic post stroke patients with depression[J]. Int J Geriatr Psychiatry, 2009, 24: 76-83.
- [5] 刘洁, 朱先荣. 亲情护理模式在脑出血患者康复中的应用效果[J]. 中国医学创新, 2013, 10(18): 86-87.
- [6] 张慧琴, 徐维维. 亲情护理在脑卒中病人中的实施效果观察[J]. 全科护理, 2013, 11(13): 1187-1188.
- [7] 中华医学会. 全国第四次脑血管病学术会议. 各类脑血管病的诊断要点及临床功能缺损程度评分标准[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379-383.
- [8] 李蹊. 脑卒中后抑郁症[J]. 国外医学: 物理医学与康复学

分册,2004,24(4):180-182.

- [9] 张通. 中国脑卒中康复治疗指南(2011 完全版)[J/CD]. 中国医学前沿杂志:电子版,2012,18(6):55-76.
- [10] 贾文亮,周朝霞,孙凤新,等. 家庭支持系统对抑郁生活质量影响的研究[J]. 中国实用医药,2009,4(8):231-232.
- [11] 王锦芬,方志红. 综合性心理干预对脑卒中伴抑郁和焦虑患者神经和认知功能的影响[J]. 中国医药导报,2013,10(23):144-146.
- [12] Visser-Meily A, Van Heugten C, Post M, et al. Intervention studies for caregivers of stroke survivors: a critical review[J]. Patient Educ Couns, 2005, 56(3):257-267.
- [13] 白蓉,张博爱. 早期康复治疗对急性脑卒中患者运动功能和生活能力的影响[J]. 实用神经疾病杂志,2005,8(6):44-45.
- [14] 周志英. 家庭支持对脑卒中患者抑郁情绪和生活质量的影响[J]. 中国康复理论与实践,2012,18(2):126-127.

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.31.048

延续护理在膀胱全切原位回肠新膀胱术中的应用

杨倩蓉¹, 杨明莹^{2△}, 贺加³, 王剑松⁴, 王海峰⁴, 李丹娜², 杨娇², 古启启²

(1. 昆明医科大学护理学院 650101; 2. 昆明医科大学第二附属医院护理部 650101; 3. 第三军医大学社会学与卫生事业管理教研室, 重庆 400038; 4. 云南省泌尿外科研究所, 昆明 650101)

[中图分类号] R473

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2015)31-4454-03

根治性全膀胱切除后尿流改道术是肌层浸润性膀胱肿瘤的标准治疗方法^[1]。该手术操作复杂、难度大,且改变了原有的生理功能,对患者术后躯体、生理、心理、社会功能产生长期的负面影响。然而,患者出院便意味着与医院关系的结束,传统的医疗照护服务主要注重患者住院期间的治疗与护理^[2],患者只能通过回院复诊来延续治疗和获取相关的康复信息,健康需求难以得到及时的满足。延续护理作为一种新的护理模式,将护理服务延伸到家庭和社区,被认为能够有效降低医疗成本和提高患者生活质量^[3]。近年,延续护理服务在国内得到了广泛关注,但目前尚未见在膀胱肿瘤患者中应用的相关报道。研究证明,对膀胱全切原位回肠新膀胱术患者术后生活质量进行长期监测、随访,对于确定泌尿功能恶化的可能性、恢复的稳定性很有必要^[4-6]。因此,本研究旨在通过对膀胱全切原位回肠新膀胱术患者实施延续护理,探讨其对患者自我护理能力和生活质量的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 6 月至 2014 年 1 月在云南某三级甲等综合性医院接受膀胱全切原位回肠新膀胱术的 60 例患者作为研究对象,并将研究对象随机分为实验组(30 例)和对照组(30 例)。实验组男 27 例,女 3 例,年龄 42~79 岁;病检结果 25 例为移行细胞癌,5 例为膀胱腺癌,均无转移。对照组男 25 例,女 5 例,年龄 39~76 岁;病检结果 27 例为移行细胞癌,3 例为膀胱腺癌,均无转移。入选标准:(1)病理确诊的膀胱癌患者;(2)膀胱全切手术后,行原位回肠尿流改道手术的病例;(3)患者自愿长期规律随访并配合测试,无精神疾病史的病例。排除标准:(1)不愿意参加本研究病例;(2)并发其他对生活质量

- [15] 顾沈红,徐美英,陈海勤,等. 亲情护理对帕金森病患者睡眠状况的影响[J]. 护士进修杂志,2011,26(11):1003-1005.
- [16] Lucchese AC, Citero VD, De Marco MA, et al. The needs of members of the families of general hospital inpatients [J]. Sao Paulo Med J, 2008, 126(2):128-131.
- [17] 邹东红,李伟丽. 亲情护理对焦虑症患者的护理干预效果[J]. 中国当代医药,2012,19(36):117-118.
- [18] 金英,孙艳军,高燕军,等. 家属参与早期心理干预治疗脑卒中偏瘫患者的疗效[J]. 中国老年学杂志,2012,32(1):156-157.
- [19] 李小金,成守珍,张小燕. 不同陪护类型对脊髓损伤患者功能恢复及心理状态的影响[J]. 现代临床护理,2008,7(10):5-7.

(收稿日期:2015-07-20 修回日期:2015-08-16)

有严重影响,而非膀胱癌相关的慢性疾病,如高血压、风湿病、慢性阻塞性肺疾病、冠心病、严重肝肾疾病,以及恶性肿瘤等。实验组采用延续护理方法,对照组采用传统护理方法。

1.2 方法

1.2.1 延续护理方法

1.2.1.1 成立延续护理小组 延续护理小组由项目负责人、护士长、责任护士、研究生和医生共同组成。小组成员均参加了国家级继续教育培训班“延续性护理模式新进展学习班”,并定期学习延续护理的工作方法及相关知识。责任护士和医生主要负责患者住院期间的评估与指导,向患者介绍本研究的目的及意义,征得患者同意并填写知情同意书。患者出院后,由延续护理小组成员共同承担患者的随访工作,对患者出院后的饮食、用药、新膀胱功能的训练、并发症预防等内容进行规律的随访。

1.2.1.2 延续护理方案 出院前干预:(1)建立患者档案:包括姓名、性别、年龄、住院号、诊断、手术方式、入院时间、出院时间、家庭地址、联系方式等;(2)出院前评估和制定出院计划:包括躯体功能、心理社会、情感需求等对患者综合情况进行评估,从而制定出院计划;(3)健康教育:开设出院前讲座,结合图片、案例等资料有针对性地对患者和家属进行个性化的健康教育,并发放健康教育手册。出院后干预:以电话随访为主,家庭随访为辅。(1)电话随访。患者出院后第 1 个月每周进行 1 次电话随访,1 个月每月 1 次,若患者病情不稳定,可增加随访频率,持续 3 个月。患者出院后容易发生自控排尿困难、腹痛、血尿、感染等常见并发症,因此,每次电话随访均重点记录患者尿液的性质、自控排尿情况、患者排尿主观感受等信息,监测患者