

家庭支持心理护理干预在脑外伤后抑郁中的应用价值研究

熊 倩(四川大学华西医院心理卫生中心,成都 610041)

【摘要】 目的 探讨家庭支持心理护理干预在脑外伤后抑郁中的临床应用价值。**方法** 以 2013 年 4 月至 2014 年 4 月在华西医院接受住院治疗的脑外伤后抑郁患者为研究对象,分为对照组及观察组;对照组患者接受常规护理干预,观察组患者在此基础上接受家庭支持心理护理干预;比较分析两组患者干预前后的负面情绪、社会功能缺陷及生活质量评分等情况。**结果** 观察组患者接受干预后的抑郁及焦虑评分、各项社会功能缺失评分均明显低于对照组,各项生活质量评分均明显高于对照组,组间比较差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$)。**结论** 家庭支持心理护理干预有助于缓解外伤后抑郁患者的负面情绪,减少社会功能缺失,提高生活质量,具有积极的临床意义。

【关键词】 脑外伤后抑郁; 家庭支持心理护理; 负面情绪

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.05.055 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2015)05-0707-03

脑外伤患者经治疗后多遗留不同程度的肢体功能损伤,因此患者出院后仍需进行长时间的康复训练。许多患者由于对自身的变故无法接受,或者对自身的躯体功能缺陷处于应激状态,而产生消极、绝望情绪,抵触康复训练,久而久之将产生抑郁情绪甚至出现脑外伤后抑郁^[1]。患者在出院后存在护理不足的情况,此时患者家属的作用被强化,若能及时采取干预措施,给予患者支持鼓励并协助康复,则有望改变患者的心态,扭转治疗结局。本研究主要分析家庭支持心理护理干预在脑外伤后抑郁中的临床应用价值,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 以 2013 年 4 月至 2014 年 4 月在本院接受治疗的脑外伤后抑郁患者 108 例为研究对象。纳入标准:(1)有明确颅脑外伤史,且经头颅电子计算机断层扫描(CT)确诊;(2)抑郁量表测定评分大于判定抑郁的最低值;(3)伤前智力正常,无社会功能缺陷;(4)不合并其他重要脏器损伤;(5)患者及其家属在了解研究过程后均签署知情同意书。按照随机数表法将所有研究对象随机分为对照组和观察组,各 54 例。观察组男 24 例,女 30 例;年龄 23~76 岁,平均(47.18±11.23)岁;其中颅骨骨折 16 例,硬膜外血肿 19 例,硬膜下血肿 9 例,脑挫裂伤 7 例,蛛网膜下腔出血 3 例。对照组男 23 例,女 31 例;年龄 25~77 岁,平均(48.07±9.14)岁;其中颅骨骨折 14 例,硬膜外血肿 20 例,硬膜下血肿 8 例,脑挫裂伤 9 例,蛛网膜下腔出血 3 例。比较两组患者的基线资料,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 护理方法 对照组患者接受临床住院患者常规护理,保持病室清洁通风,注意监测患者的基本生命体征,督促患者定时服药,发现意外情况及时告知主管医师并遵医嘱采取恰当的措施。观察组患者在接受常规护理的基础上,加入家庭支持心理护理干预,具体如下:(1)干预前宣教。选择具有丰富临床经验并有心理学知识的医师对患者家属进行针对性的宣教,告知脑外伤后抑郁的形成原因、可能后果、相关应对措施等,提高患者家属对该情绪障碍性疾病基本的重视程度,在出院后积极遵医嘱对患者进行各项干预^[2]。(2)干预的要点。脑外伤后抑郁患者的形成与未及时宣泄内心的压抑情绪关系密切,因此家属应增加对患者的关心及关注,注意倾听患者的心理状态,使其尽可能无保留地流露出来。让患者感受到家属的支持与关心是家庭护理干预的中心,患者家属应时常给予患者鼓舞,使患者意识到有人帮助其共同应对困境,减弱患者的孤独感及无助感,增强家庭归属感。脑外伤抑郁患者可能存在诸多错误的思

想及困扰,患者家属应及时给予纠正,并提供正确的知识。注意培养患者的自信心,使其对生活产生希望,产生动力去积极地面对疾病,主动配合治疗。日常生活中鼓励患者做感兴趣但是无危害的事情,并注意保障患者营养的全面性及丰富性^[3-4]。

1.3 观察指标

1.3.1 负面情绪评分 采用汉密尔顿抑郁量表(HAMD)与汉密尔顿焦虑量表(HAMA)对患者干预前后的负面情绪进行测定。HAMD 量表评分为 0~52 分,分值越高,抑郁程度越高;HAMA 量表评分为 0~56 分,分值越高,焦虑程度越高。

1.3.2 社会功能缺失情况 采用社会功能缺陷筛选量表(SDSS)评价患者接受不同干预措施后社会功能缺失情况,分值越高,社会功能缺失越严重。

1.3.3 生活质量评分 采用健康促进生活方式量表 II(HPLP-II)从自我实现、健康责任、运动、营养、人际关系、应对压力 6 个方面评价患者接受不同干预措施后的生活质量。

1.4 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计学软件进行数据处理和统计学分析;计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用两独立样本 t 检验;计数资料以百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验;以 $\alpha = 0.05$ 为检验水准, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后负面情绪评分比较 干预前两组患者的抑郁及焦虑评分比较差异均无统计学意义($P > 0.05$);观察组患者干预后的抑郁及焦虑评分均明显低于对照组,组间比较差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者干预前后负面情绪评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	干预前		干预后	
		HAMD	HAMA	HAMD	HAMA
观察组	54	25.09±4.13	23.32±4.11	12.28±3.52	11.32±2.76
对照组	54	24.46±4.27	24.47±4.86	21.65±3.41	19.37±3.03
t		0.641	0.256	5.326	5.762
P		>0.05	>0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组患者干预后社会功能缺失情况比较 观察组患者干预后的各项社会功能缺失评分均明显低于对照组,组间比较差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 两组患者干预后生活质量评分比较 观察组患者干预后的各项生活质量评分均明显高于对照组,组间比较差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 2 两组患者干预后社会功能缺失情况比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	职业和工作	婚姻职能	父母职能	社会退缩性	家庭外社会活动
观察组	54	0.43±0.08	0.45±0.08	0.57±0.06	0.26±0.04	0.33±0.04
对照组	54	0.92±0.11	0.87±0.13	1.03±0.14	0.69±0.08	0.76±0.07
t		4.356	5.294	5.039	7.834	5.464
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

续表 2 两组患者干预后社会功能缺失情况比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	家庭内活动	家庭职能	个人生活理解	对外界的兴趣和关心	责任心和计划性
观察组	54	0.23±0.06	0.46±0.08	0.36±0.08	0.65±0.06	0.59±0.07
对照组	54	0.57±0.09	0.78±0.12	0.74±0.09	1.04±0.17	0.93±0.12
t		4.758	4.249	5.387	4.193	5.362
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表 3 两组患者干预后生活质量评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	自我实现	健康责任	运动	营养	人际关系	应对压力
观察组	54	31.79±4.16	25.28±3.24	26.49±3.36	27.64±3.42	34.16±2.27	32.17±4.35
对照组	54	24.26±2.34	19.31±2.07	20.62±2.24	21.12±2.32	26.25±3.18	23.33±3.23
t		4.282	5.183	4.374	4.983	5.478	6.932
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨 论

脑外伤后抑郁在临床神经外科并不少见,已经成为影响患者康复的主要阻力之一。脑外伤后抑郁主要表现为心理抑郁,会对患者出院后回归家庭和社会都产生负面影响,甚至危及患者的生活质量和日常生活能力^[6]。脑外伤后抑郁患者多表现为情绪低落、反应迟钝、对生活悲观、绝望等,丧失出院后主动康复的动力,并减少肢体运动造成全身血流缓慢,最终导致脑部侧支循环建立不彻底,影响患者的身心健康^[6]。

患者出院后的护理干预缺失是造成其抑郁的一个重要因素,也是目前脑外伤患者面临的共同问题。因此,已经有学者提出家庭支持心理干预模式,通过患者家属的参与,力求为患者减轻病情,为最终的康复助力^[7-8]。家庭支持心理干预的主要特点在于为患者提供支持,利用患者的潜能,适当结合环境协助患者度过危机,使其重新燃起对生活及康复的信心与热情,努力面对康复过程中的各项挫折,提升自我功能,最后达到身心康复。

本研究选择了脑外伤后抑郁患者作为研究对象,具体从负面情绪评分、社会功能缺失、生活质量评分 3 个方面展开探讨。研究结果显示,观察组患者接受家庭支持心理干预后的焦虑与抑郁评分值较干预前下降,且明显低于对照组患者($P < 0.05$),可见家属的安慰、鼓励及支持可以改变患者出院后对待康复的消极抵抗态度。并且通过积极的复健可使患者获得肢体功能的恢复,这将进一步改善患者的心境,缓解抑郁状态^[9]。长期抑郁将导致患者社会功能的缺失,对脑外伤后抑郁患者进行干预的一个主要目的就是使其社会功能维持在一个正常范围,避免社会功能过度丧失而导致的人格异常^[10]。本研究比较了两组患者干预后的社会功能缺失评分,结果发现虽然较健康人均存在一定程度的社会功能缺失,但是观察组患者的缺失

程度明显低于对照组患者($P < 0.05$),可见积极的家庭支持心理干预可强化患者的社会功能,减少功能缺失。

脑外伤抑郁患者治疗的最终目的是提升生活质量,使患者获得良好的生活感受^[11]。因此,作者比较了两组患者干预后的生活质量情况。研究结果显示,观察组患者接受家庭支持心理干预措施后,在自我实现、健康责任、运动、营养、人际关系、应对压力 6 个方面的评分均明显高于对照组患者($P < 0.05$),可见患者家属参与康复过程,激发了患者的康复潜能,弱化了其孤独、绝望等负面情绪,通过积极有效的康复训练使患者的生活质量有大幅度提升。

综上所述,家庭支持心理护理干预有助于缓解脑外伤后抑郁患者的负面情绪,减少其社会功能缺失,提高生活质量,值得在临床实践中推广应用。

参考文献

- [1] 洪伟,江幸福,李欢松. 归脾汤加减治疗颅脑外伤后抑郁症 34 例近期疗效观察[J]. 中医药临床杂志, 2012, 24(12):1164-1166.
- [2] Moore M, Winkelman A, Kwong S, et al. The emergency department social work intervention for mild traumatic brain injury (SWIFT-Acute): a pilot study[J]. Brain injury, 2014, 28(4):448-455.
- [3] 吴云,吕晓君,景莉,等. 护理干预对脑外伤后抑郁的影响[J]. 中国民康学, 2009, 21(23):3079-3080.
- [4] Zuo HX, Li JQ, Han B, et al. Di-(n-butyl)-phthalate-induced oxidative stress and depression-like behavior in mice with or without ovalbumin immunization[J]. Biomed Environ Sci, 2014, 27(4):268-280.

- [5] 吴芷芷,李红玉. 家庭支持性心理干预对脑外伤后抑郁的疗效观察[J]. 重庆医学, 2012, 41(28): 3011-3013.
- [6] 林红霞,徐晓光,岳桂英. 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, 2010, 9(24): 1-3.
- [7] 周荷英. 脑外伤后抑郁的临床特点及护理对策[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2011, 14(2): 71-72.
- [8] Zatzick D, Russo J, Lord SP, et al. Collaborative care intervention targeting violence risk behaviors, substance use, and posttraumatic stress and depressive symptoms in injured adolescents: a randomized clinical trial[J]. JAMA Pediatr, 168(6): 532-539.
- [9] 王振伟,崔莺,冀志芹. 醒脑清神汤治疗脑外伤后抑郁型精神障碍 120 例临床观察[J]. 中医临床研究, 2013, 5(9): 14-15.
- [10] 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.
- [11] Bailey NW, Segrave RA, Hoy KE, et al. Impaired upper alpha synchronisation during working memory retention in depression and depression following traumatic brain injury[J]. Biol Psychol, 2014, 99(28): 115-124.

(收稿日期:2014-08-26 修回日期:2014-10-28)

个体化营养护理干预对 2 型糖尿病患者糖脂代谢的影响

黄奕燕(海南省农垦总医院内分泌科,海口 570311)

【摘要】 目的 探讨个体化营养护理干预对 2 型糖尿病患者糖脂代谢的影响。**方法** 将 2013 年 1 月至 2014 年 1 月海口市城市社区 220 例 2 型糖尿病患者分为研究组和对照组,各 110 例;对照组患者给予常规的护理方案,研究组患者给予个体化营养护理干预,随访研究 1 年,观察并比较两组患者干预前后糖脂代谢的变化情况。**结果** 两组患者干预后空腹血糖(FPG)、餐后 2 h 血糖(2 h PG)、糖化血红蛋白(HbA1c)、血清三酰甘油(TG)、总胆固醇(TC)水平及胰岛素抵抗指数(HOMA-IR)均明显低于干预前,比较差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$);且研究组较对照组改善更明显,干预后两组各项糖脂代谢指标比较差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$)。**结论** 个体化营养护理干预可明显改善 2 型糖尿病患者的糖脂代谢,应加强临床营养护理的建设和管理。

【关键词】 营养护理干预; 2 型糖尿病; 糖代谢; 脂代谢

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2015.05.056 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2015)05-0709-03

随着社会的发展和医学技术的进步,中国居民的疾病谱和死因谱发生了重大的变化,慢性非传染性疾病成为威胁居民健康的主要疾病,其致死人数超过其他所有病因致死人数的总和,造成的死亡占有死亡人数的 60% 以上^[1]。由于人们生活方式和环境的改变,我国慢性非传染性疾病的患病率逐年上升,已成为我国城乡居民死亡的主要原因。慢性非传染性疾病引起的伤残调整生命年损失已达 70%,造成生活质量的恶化,带来严重的经济损失,给国家及个人造成了沉重的负担。糖尿病是常见的慢性非传染性疾病,其患病率高,且不易根治,需要进行长期甚至终生的饮食、运动和药物治疗,而饮食疗法对患者的糖脂代谢具有明显的影响^[2]。本研究主要探讨个体化营养护理干预对 2 型糖尿病患者糖脂代谢的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 以本市城市社区 2 型糖尿病患者为研究对象,按照纳入排除标准从中选取符合条件的患者 220 例,采用随机数字表法将纳入的所有患者分为研究组和对照组。研究时间为 2013 年 1 月至 2014 年 1 月。纳入标准^[3]: (1) 在本市社区卫生服务站建立过居民健康档案; (2) 长期固定居住于本辖区的居民(≥ 5 年); (3) 最近 1 年 4 次随访成功; (4) 2 型糖尿病患者; (5) 愿意配合且易随访者。排除标准^[4]: (1) 1 型糖尿病患者; (2) 有其他严重并发症者; (3) 有语言沟通障碍或身体活动不方便者; (4) 需要胰岛素治疗者。研究组患者 110 例,其中男 55 例,女 55 例; 年龄 40~78 岁,平均(60.67±6.78)岁; 体质指数(BMI) 过低患者 4 例,正常 36 例,超重 45 例,肥胖 25 例; 病程小于 5 年的患者 30 例,5~10 年 30 例,10~20 年 30 例, ≥ 20 年 20 例。对照组患者 110 例,其中男 61 例,女 49

例; 年龄 40~76 岁,平均(60.12±6.87)岁; BMI 过低患者 4 例,正常 37 例,超重 45 例,肥胖 24 例; 病程小于 5 年的患者 30 例,5~10 年 30 例,10~20 年 30 例, ≥ 20 年 20 例。比较两组患者性别、年龄、BMI 和病程等一般资料,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究经医院和社区伦理学委员会批准实施,研究过程中收集的所有资料仅用于科学研究,绝不泄露,不给患者造成任何困扰。所有患者在纳入研究之前签订知情同意书。

1.2 方法 对照组给予糖尿病患者的常规护理,包括饮食、运动和用药的指导。研究组给予个体化营养护理干预。具体方案如下, (1) 专题讲座: 社区卫生服务机构首先制订出一整套年度计划,每月进行 1 次健康讲座,每次健康讲座时间约 40 min; 每个季度进行 1 次随访,包括入户随访和门诊随访,入户随访共 4 次,时间分别为 2013 年 1、4、8、12 月,每次随访时间超过 20 min。健康讲座和随访的内容主要包括: 什么是合理膳食、中国居民膳食平衡宝塔、膳食指南,以及营养护理干预对 2 型糖尿病患者的重要性。 (2) 小组讨论: 在每次健康讲座之后,由医护人员、患者及其家属共同制订出糖尿病患者的日常饮食方案,包括主食、水果、蔬菜、油盐等的摄入量和次数等。 (3) 个体化指导: 对 2 型糖尿病患者采用 24 h 膳食记录法,记录其每日饮食情况,主要包括患者每日膳食食物的种类及每一类食物的重量,保证记录的准确性和可靠性。每周收集 1 次记录结果。 (4) 发放宣传手册: 在患者就医、问诊、取药时给患者及其家属发放糖尿病相关知识的宣传手册,让患者及其家属对糖尿病有全面的了解,帮助患者将个体化营养护理顺利地走下去。 (5) 营养评价: 由专门的营养医师对患者的日常饮食方案进行