

治疗乳腺癌患者化疗过程。

参考文献

[1] 庞英, Fischer Irmela, Koch Maike, 等. 乳腺癌患者的心身症状与生活质量[J]. 中国心理卫生杂志, 2013, 27(4): 257-261.

[2] 米娜, 李洪艳, 杨玉芳, 等. 综合护理干预对乳腺癌患者康复的影响及体会[J]. 局解手术学杂志, 2013, 22(6): 683-684.

[3] 孟丽君, 李义庭, 徐青, 等. 65 例绝经前乳腺癌患者情绪状况及生活质量调查[J]. 中国康复理论与实践, 2013, 19(8): 785-787.

[4] 郭少文, 王贤明, 张文君, 等. 健康教育对降低肝癌患者术前焦虑的影响探讨[J]. 国际护理学杂志, 2013, 32(11): 2573-2575.

[5] 杨旭, 许光, 雷振, 等. RECIST1.1 与 WHO、RECIST1.0 标准评价周边型肺癌疗效比较[J]. 中国医学影像学杂志, 2012, 20(5): 355-358, 362.

[6] 张月, 张斌, 冯炜红, 等. Aurora 激酶抑制剂对乳腺癌细胞增殖和凋亡的影响[J]. 中华实验外科杂志, 2012, 29(1): 74-76.

[7] 刘梦丽, 徐静, 刘润妹, 等. 知情教育对乳腺癌患者健康促进的影响[J]. 山西医药杂志, 2013, 42(1): 112-114.

[8] Koike Y, Takizawa K, Ogawa Y, et al. Bilateral approach of redistributed subclavian arterial infusion chemotherapy for locally advanced breast cancer spreading to the contra-

lateral chest wall[J]. Acta Radiologica, 2012, 53(7): 750-753.

[9] 沈小英. 健康教育路径对提高乳腺癌患者围手术期安全性的效果评价[J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28(12): 40-41.

[10] 李辉, 翟娜, 纪星, 等. 健康教育干预对出院后乳腺癌患者康复效果观察[J]. 中国卫生统计, 2012, 29(2): 238-239, 242.

[11] Yi M, Park EY. Effects of breast health education conducted by trained breast cancer survivors [J]. J Adv Nurs, 2012, 68(5): 1100-1110.

[12] 王玲, 李惠萍, 王德斌, 等. 健康信念模式教育对乳腺癌患者术后淋巴水肿发生率及生活质量的影响[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2012, 21(9): 803-806.

[13] 闫春梅, 冯新玮, 邢爱红, 等. 健康教育对康复期年轻乳腺癌患者生活质量的影响[J]. 中国妇幼保健, 2012, 27(11): 1621-1623.

[14] 唐秀英, 牟绍玉, 罗凤, 等. 选择性心理干预对乳腺癌患者血清细胞因子和不良情绪评分的影响[J]. 重庆医科大学学报, 2010, 35(5): 730-733.

[15] 刘小红, 冯丽娟. 人文关怀对乳腺癌术后化疗患者不良反应及生存质量的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2014, 49(27): 3461-3463.

(收稿日期: 2015-03-12 修回日期: 2015-08-28)

• 临床探讨 •

## 以聚焦解决模式为基础的心理干预对抑郁症合并糖尿病患者生活质量的改善效果分析

李金红<sup>1</sup>, 尹利<sup>2</sup> (首都医科大学附属北京安定医院: 1. 抑郁症治疗中心; 2. 门诊, 北京 100088)

**【摘要】** 目的 探究以聚焦解决模式为基础的心理干预对抑郁症合并糖尿病的患者生活质量的改善效果及意义。方法 于 2014 年 9 月至 2015 年 1 月北京安定医院抑郁症治疗中心收治的抑郁症合并糖尿病患者中随机选取 200 例作为研究对象。按数字分组法随机分为观察组 100 例和对照组 100 例。对照组实施一般性心理护理, 观察组在此基础上实施聚焦解决模式。观察两组患者生活质量改善情况。结果 观察组生理功能、躯体功能、心理功能、社会功能及总体健康评分均高于对照组, 差异均有统计学意义(均  $P < 0.05$ )。护理干预后, 观察组 SDS、SAS 评分较护理干预前均明显降低, 且降低程度明显高于对照组, 差异均有统计学意义(均  $P < 0.05$ )。观察组按时服药比例为 87.00%, 明显高于对照组的 65.00%。观察组无规律服药或漏服药(5.00%)、受经济制约停止服药(6.00%)、受不良反应影响停药(5.00%)比例均低于对照组(14.00%、17.00%、18.00%), 差异均有统计学意义(均  $P < 0.05$ )。护理后观察组 FPG、2 hPG 水平显著下降, 且降低程度明显高于对照组。观察组 HbA1c 水平较对照组及护理干预前均降低, 差异均有统计学意义(均  $P < 0.05$ )。结论 抑郁症合并糖尿病患者实施聚焦解决模式进行护理, 可明显提高患者依从性、生活质量, 安全性高, 值得推荐。

**【关键词】** 抑郁症; 糖尿病; 聚焦解决模式; 心理干预; 生活质量

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2015.22.044 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2015)22-3403-04

抑郁症和糖尿病严重威胁人类身心健康<sup>[1]</sup>。根据 WHO 统计, 目前抑郁症在全球疾病中占总负担的 4.8%, 并呈上升趋势, 预计到 2030 年抑郁症发病率可能上升到全球疾病第一

位<sup>[2]</sup>。而糖尿病是一种慢性疾病, 该病具有病程长、病情反复及需长期治疗等特点, 也是 21 世纪人类面临的重要健康问题。抑郁症和糖尿病两者常相伴而行, 互相影响, 增加了疾病治疗

的难度<sup>[3]</sup>。传统的护理干预模式虽可较好地改善患者抑郁症状,但并未从根本上解决问题,患者出院后易出现病情反复或加重现象。而聚焦解决模式最初用于心理咨询与治疗,侧重于解决问题,非寻找问题产生原因,即通过使用积极正面经验帮助来访者找到解决问题的方法<sup>[4]</sup>。因此本文对抑郁症合并糖尿病患者实施以聚焦模式为基础的心理干预进行护理,探究其对患者生活质量的改善效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 从 2014 年 9 月至 2015 年 1 月北京安定医院抑郁症治疗中心收治的抑郁症合并糖尿病患者中选取 200 例作为研究对象。患者均符合糖尿病合并抑郁症病情诊断标准<sup>[5]</sup>。患者及家属均知情并签署同意书。按数字分组法随机分为观察组和对照组,每组各 100 例。观察组中男 33 例、女 67 例,年龄 21~77 岁、平均(56.2±5.3)岁,抑郁程度为轻度患者 25 例、中度 40 例、重度 35 例。对照组中男 45 例、女 55 例,年龄 20~76 岁、平均(54.2±5.4)岁,抑郁程度为轻度患者 20 例、中度 41 例、重度 39 例。两组患者在年龄、病况及性别等方面比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

1.2 方法 对照组实施一般性心理干预护理,观察组在此基础上,结合聚焦解决模式进行护理。(1)描述问题:通过查阅医疗检查记录及与患者沟通等,对患者资料进行全面收集,并对个体存在问题进行描述。如患者半夜出冷汗并存在饥饿感时,需用温柔、关切的语言引导其掌握解决这个问题的方法,了解再次发生此类问题的异同点。(2)建造可行目标:护理人员面带微笑,使用轻柔的手势及合理的语言有助于建立良好的护患关系,深入了解患者对健康的理解与需求及对健康状态的期望度,为构建可行性目标提供支持。若肥胖患者希望控制血糖趋于正常,但坚持运动方案与节食方案意志力较差时,医护人员

需给予鼓励,细心引导,将目标细分,从而提高目标可行性,此外需争取家属积极配合。(3)探查例外:探究以前的成功体验和解决问题之后症状改善情况,增加患者治疗信心。同时开展讲座及交谈等,促进医患关系,积极营造护患关系,渲染情景张力。通过在墙壁张贴糖尿病有关知识图片,讲座上放置饮食模型等。(4)给予反馈:护理干预期间,严格监控患者各指标改变情况与患者付出努力情况,适时向患者正向反馈,促进其能力,积极迈进预期目标。若效果不佳,需及时调整目标、健康教育方式等。(5)评价进步:患者对糖尿病知识了解程度进行评价,并采取非量化指标对整体进行评价,其中包含患者自护能力、学习态度等。通过细分目标,可直观反映患者进步情况,护理人员需对此进行鼓励,增加患者治疗信心。

1.3 观察指标<sup>[6]</sup> (1)采用自动生化分析仪对患者餐后 2 h 血糖(2 hPG)、空腹血糖(FPG)与糖化血红蛋白(HbA1c)进行测定。(2)采用抑郁自评量表(SDS)与焦虑自评量表(SAS)对患者抑郁及焦虑心理状态进行评定。(3)采用生活质量量表(SF-36)对两组护理干预前后生活质量进行评定,其中包含 8 个维度,本文中选取 5 个维度。分值在 0~100 分,得分越高,生活质量越高。(4)自制治疗依从性调查表,其中包含 4 个条目,问卷由家属于患者出院半年后进行评定,问卷全部收回。

1.4 统计学处理 数据以 SPSS17.0 软件分析。计数资料以率表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验;计量数据以  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用  $t$  检验。以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组生活质量对比 观察组生理功能、躯体功能、心理功能、社会功能及总体健康评分均高于对照组,差异均有统计学意义(均  $P<0.05$ )。见表 1。

表 1 两组生活质量对比( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	n	生理功能	躯体功能	心理功能	社会功能	总体健康
观察组	100	79.52±4.15	76.61±6.25	79.49±4.21	76.81±5.21	72.42±4.11
对照组	100	73.57±4.18	72.54±4.83	74.24±4.61	71.45±4.24	78.51±3.75
t		3.101	3.153	3.409	2.979	3.546
P		<0.05	<0.05	<0.01	<0.05	<0.01

2.2 两组护理干预前后 SDS、SAS 评分对比 护理干预后,观察组 SDS、SAS 评分较护理干预前均明显降低,且降低程度明显高于对照组,差异均有统计学意义(均  $P<0.05$ )。见表 2。

表 2 两组护理干预前后 SDS、SAS 评分对比( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	n	SDS		SAS	
		护理干预前	护理干预后	护理干预前	护理干预后
观察组	100	58.5±5.2	48.1±6.5 <sup>#</sup>	60.4±5.8	47.6±5.3 <sup>#</sup>
对照组	100	58.7±5.8	52.5±4.8	60.8±6.7	54.8±6.2
t		0.257	3.445	0.451	3.527
P		0.798	0.000	0.652	0.000

注:与同组护理干预前相比,<sup>#</sup> $P<0.05$ 。

2.3 患者治疗依从性对比 观察组按时服药占比明显高于对

照组,观察组无规律服药或漏服药、受经济制约停止服药、受不良反应影响停药所占比例均低于对照组,差异均有统计学意义(均  $P<0.05$ )。见表 3。

2.4 护理干预前后两组患者 FPG、HbA1c 及 2 hPG 水平对比 护理后观察组 FPG、2 hPG 水平明显下降,且降低程度明显高于对照组。观察组 HbA1c 水平较对照组及护理干预前均降低,差异均有统计学意义(均  $P<0.05$ )。见表 4。

表 3 患者治疗依从性对比[n(%)]

组别	n	按时服药	无规律服药或漏服药	受经济制约停止服药	受不良反应影响停药
观察组	100	87(87.00)	5(5.00)	6(6.00)	5(5.00)
对照组	100	65(65.00)	14(14.00)	17(17.00)	18(18.00)
$\chi^2$		13.268	4.711	5.944	8.303
P		0.000	0.029	0.015	0.004

表 4 护理干预前后两组患者 FPG、HbA1c 及 2 hPG 水平对比(±s)

组别	n	FPG(mmol/L)		HbA1c(%)		2 hPG(mmol/L)	
		护理干预前	护理干预后	护理干预前	护理干预后	护理干预前	护理干预后
观察组	100	13.5±2.5	6.2±2.56 <sup>#</sup>	9.1±2.5	6.1±1.4 <sup>#</sup>	17.77±5.12	6.75±3.34 <sup>#</sup>
对照组	100	13.7±2.8	9.4±2.3	9.4±2.4	8.7±1.3	17.32±5.11	9.34±2.51
t		0.532	9.298	0.856	13.609	0.622	6.199
P		0.595	0.000	0.388	0.000	0.535	0.000

注:与同组护理干预前相比, <sup>#</sup>P<0.05。

### 3 讨 论

抑郁症又称抑郁障碍,以显著而持久的心境低落为主要临床特征,是心境障碍的主要类型。随着社会发展,人们生活水平的提高,人口老龄化发展,抑郁症发病率呈逐年上升趋势,成为全球重要的健康问题。目前,关于抑郁症的发病机制仍不十分明确,有学者表示,抑郁症的严重程度与吸烟史、酗酒及女性均相关<sup>[7]</sup>。另一方面,抑郁症合并糖尿病也不占少数。据资料显示,糖尿病患者基本上伴有不同程度抑郁症状,其可能和糖代谢紊乱与神经内分泌失调等有关<sup>[8-9]</sup>。糖尿病与抑郁症二者辩证关系互为因果,可互相构成恶性循环,抑郁症可促使糖尿病病情加重,反之糖尿病也将影响抑郁症。然而经 Logistic 回归分析表明,年龄、文化程度、家庭收入等均为影响糖尿病合并抑郁症的高危因素。因此对患者实施针对性护理干预,减少抑郁症病发率,提高生活质量尤为重要。故本文对抑郁症合并糖尿病患者实施以焦虑解决模式为基础的心理干预护理,旨在探究其对患者生活质量的影响情况,为临床提供数据支持。

本研究结果表明,观察组生理功能、躯体功能、心理功能、社会功能及总体健康评分均高于对照组。护理干预后,观察组 SDS、SAS 评分较护理干预前均显著降低,且降低程度明显高于对照组。与何林炎等<sup>[10]</sup>报道一致。聚焦解决模式不单单为患者疾病护理,更主要的是对疾病的预防与健康促进。传统护理模式只能让患者被动应对疾病,该护理行为无瞻远性,并非预防性,患者主动意识与治疗依从性大大降低。而聚焦解决模式可提高患者想象力与创造力,增加患者治疗自信心,调动所有资源来维护患者健康,促使健康能力趋于最大化,从而达到恢复健康的目的,故可大大降低患者焦虑、抑郁情绪,提高生活质量<sup>[11-13]</sup>。此外观察组按时服药所占比例明显高于对照组,观察组无规律服药或漏服药、受经济制约停止服药、受不良反应影响停药的比例均低于对照组。观察组 FPG、2 hPG 水平明显下降,且降低程度明显高于对照组。观察组 HbA1c 较对照组及护理干预前均降低。随访可知,患者普遍存在治疗依从性低,对疾病预后不重视及自我管理不强等问题,且患者认知能力出现减退现象,故寻找解决问题的方法是恢复健康的关键所在。聚焦解决模式可营造轻松、和谐的学习氛围,提高患者主动学习能力,调动起参与学习的积极性,且逐渐改变患者对健康问题的思维定势,由以往问责性转至对未来发展的积极导向<sup>[14-15]</sup>。在聚焦解决模式实施后,患者形成主动解决问题策略,并与团队形成认真探讨氛围,主动了解自身血脂与血糖等指标改变情况。明显提高患者治疗依从性及自我管理能力,从而减少抑郁、焦虑等不良情绪,让患者在积极、轻松学习氛围中寻找解决问题策略,从而有效降低血糖水平,提高按时服药依

从性。

综上所述,抑郁症合并糖尿病患者实施以聚焦解决模式为基础的护理,可显著提高患者生活质量、依从性,使患者血糖趋于正常水平,安全性高,值得推荐。

### 参考文献

- [1] 刘慧,毕艳,朱大龙,等.江苏省 2 型糖尿病患者并发抑郁状态与治疗方式的相关分析[J].中华糖尿病杂志,2014,6(10):717-720.
- [2] 粟幼嵩,陈俊,吴彦.抑郁症合并 2 型糖尿病研究进展[J].中国医药导刊,2013,14(S1):5-6.
- [3] 骆宏,张茵,顾利慧,等.单次聚焦解决模式自我干预对护士职业倦怠的影响[J].中华护理杂志,2013,48(1):7-9.
- [4] 任启芳,史菲菲,胡红艳,等.健康教育对糖尿病伴焦虑抑郁患者心理状态的影响[J].中华全科医学,2013,11(7):1092-1093.
- [5] Beverly EA, Ganda OP, Ritholz MD, et al. Look who's (not) talking: diabetic patients' willingness to discuss self-care with physicians[J]. Diabetes Care, 2012, 35(7):1466-1472.
- [6] 赵辉,刘丽娟.应用聚焦解决模式对慢性阻塞性肺疾病患者自理能力及呼吸功能的影响[J].中华现代护理杂志,2014,20(16):1963-1965.
- [7] 周丽端.聚焦解决模式在 IVF-ET 患者健康教育中应用的效果评价[J].中国实用医药,2014,9(32):246-248.
- [8] 高裕慧,高爱华.糖尿病痛性神经病变合并抑郁症患者的社区护理干预[J].中华护理教育,2012,9(8):365-368.
- [9] 徐兰波,李君琴,谢燕红,等.聚焦解决模式对中重度子宫内异位症患者自我效能的影响[J].护理与康复,2014,13(8):722-724.
- [10] 何林炎,张源慧,李晖莉,等.单次聚焦解决模式在急诊科护理实习生团队学习中的应用[J].中华现代护理杂志,2014,1(32):4044-4047.
- [11] 赵明明,李宁,颜雷雷,等.以聚焦解决模式为基础的心理干预策略用于骨折患者焦虑抑郁的效果[J].中华现代护理杂志,2013,19(27):3379-3381.
- [12] 王婧,郭佳,周智广,等.儿童青少年 1 型糖尿病患者抑郁症状及影响因素[J].中华行为医学与脑科学杂志,2012,21(9):781-783.
- [13] 时甲佳,倪娟,肖新华.循证护理对减少糖尿病并发症的临床疗效观察[J].西部医学,2014,26(10):1377-1378.