

· 临床护理 ·

心理干预对尿毒症患者血液透析期护理的效果研究

罗玲, 雷延兰[△]

(重庆市第九人民医院肾内科 400700)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.05.046

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)05-0593-02

当前国内对尿毒症的治疗以血液透析为主,由于尿毒症患者不能正常通过肾脏排出尿液,其代谢的有毒物不能由此排出体外,而血液透析可以代偿肾脏功能完成这一过程,以此维持尿毒症患者的病情,延长患者寿命^[1]。然而,血液透析也同样会产生一些并发症^[2],对患者来说,这具有一定的风险。此外,血液透析需要定期进行,患者不仅要经受病痛,还要承受巨大的心理压力。国内外诸多研究发现,尿毒症患者会出现严重的抑郁和焦虑症状^[3-7],而且抑郁和焦虑进而加剧了患者的死亡率^[8]。因此,在常规治疗(如血液透析)的基础上,辅助进行针对性的心理护理干预具有重要的临床价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2011 年 6~12 月在本院住院及进行常规透析的慢性肾功能不全患者,经患者及其家属的同意,进行心理干预和问卷填写。本组共观察 64 例,其中男 39 例,女 25 例,年龄 42~73 岁,平均(58.7±7.9)岁。在临床的实验观察时依据随机数字表的原则分为观察组(33 例)与对照组(31 例)。其中观察组男 20 例,女 13 例,年龄在 42~67 岁;对照组男 19 例,女 12 例,年龄在 45~73 岁。观察组和对照组患者在年龄、性别及病史的比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 护理干预方法 两组患者均进行常规的治疗及护理,观察组在常规护理的基础上实施针对性的心理护理,干预时间共为 7 周,具体措施如下。(1)建立良好的护患关系:充分了解患者的具体情况,包括病程、病情、患者的性格特点、经济生活状况和家庭背景等,在此基础上,通过交谈等技巧赢得患者和家属的信任。(2)针对性的心理干预:诚恳耐心地倾听患者的负性心理体验,患者具有一种从对患病否认到消极应对过程,即先是不愿相信自己会患尿毒症,后采取被动和消极的处理办法,认为自己的生活已经没有希望,甚至认为自己将不久于人世。根据这个特点,采取引导患者逐渐接受自己的病情,并积极应对心理护理干预措施。主要方法为认知行为疗法中的以接受为基础的疗法^[9],重在让患者改变“我的生活已经完了”之类的消极心理,并逐渐去接受自己的病情,积极配合治疗,重燃生活的希望。(3)进行了 3 次患者之间的团体辅导,由于 33 例的辅导组过大,将观察组患者分为两组,一组 11 例,一组 12 例,每隔 2 周进行 1 次。患者们讲述自己的情况和心理压力并会进行积极的回应,通过这种方法,释放患者不能对家人诉说的压力和痛苦,同病的患者之间互相鼓励更有助于培养患者对病情和生活的信心。

1.3 抑郁和焦虑的评定方法 选择评估工具的标准是题目易

懂、简便易施测及信效度良好,依此标准,抑郁评估采用 1965 年编制的抑郁自评量表(SDS),包括 20 个条目,4 点评分,分数在 20~80,分数越高,表明抑郁程度越严重。评估焦虑的工具为 1971 年编制的焦虑自评量表(SAS),包括 20 个条目,分数在 20~80,分数越高,表明焦虑程度越严重。两个量表均是应用广泛、信效度良好的评估工具^[10]。

1.4 统计学处理 数据采用 SPSS16.0 统计软件进行统计学处理,具体方法是配对样本 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 抑郁和焦虑的发生率 本研究的发现,尿毒症患者中抑郁症状的发生率达 68.8%,64 例中有 44 例的抑郁评分高于临界分(53 分);焦虑症状的发生率为 67.2%,64 例中有 43 例的焦虑评分高于临界分(50 分)。

2.2 两组患者干预前后抑郁评分、焦虑评分比较 观察组与对照组在干预前的抑郁评分、焦虑评分均较高,经过 7 周心理干预后,观察组的抑郁评分、焦虑评分明显下降,差异具有统计学意义($P<0.05$)。对照组抑郁评分、焦虑评分虽略有下降,差异无统计学意义($P>0.05$),见表 1、2。

表 1 观察组与对照组患者心理干预前、后抑郁评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	干预前	干预后	<i>t</i>	<i>P</i>
观察组	33	50.15±8.57	36.67±4.41	14.51	0.000
对照组	31	49.03±8.16	48.65±7.61	0.92	0.363

表 2 观察组与对照组患者心理干预前、后焦虑评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	干预前	干预后	<i>t</i>	<i>P</i>
观察组	33	47.91±7.12	35.09±3.66	17.14	0.000
对照组	31	46.68±7.23	46.29±6.87	0.96	0.345

3 讨论

尿毒症的治疗一般是个长期的过程,发病期的患者需要定期的常规血液透析,这不仅加剧了患者的家庭经济负担,也让患者承受着长期治疗的巨大心理负担。本研究的发现,尿毒症患者中抑郁症状的发生率达 68.8%,这与国外发现的 68.0% 基本持平^[4],比国内研究者发现的 55.5% 略高^[6];焦虑症状的发生率为 67.2%,比国外发现的 51.0% 的发生比例高^[4]。产

生这一结果的原因可能是因为本研究的患者均在进行血液透析,因此,其消极情绪发生的比例也略高。这些数字表明,在尿毒症患者中发生抑郁和焦虑的比例较高,需要引起临床护理的关注。

本研究发现,通过心理护理干预,尿毒症患者的抑郁和焦虑程度明显降低。抑郁表现为患者情绪低落,并伴有消极的信念和厌世心理。焦虑则体现了患者对未来病情发展方向的担忧。对于尿毒症患者来说,往往会产生一种无奈感,即不愿意接受患病的事实,这样的想法使患者陷入一种消极的困境。另外,对尿毒症治疗的长期性以及治疗费用负担,也会加剧患者对治疗丧失信心。因此,对尿毒症患者进行心理护理的关键在于让患者从不愿意接受到慢慢接受,改变对自己生命的消极认知,让患者明白尿毒症通过治疗,可以像健康人一样生活,从而激发患者积极治疗和良好生活的信心。本研究采用的方法是认知行为疗法的一个新分支,即以接受为基础的疗法,旨在帮助治疗对象接受并积极应对自己的心理困扰,此方法在治疗焦虑症等方面具有很好的效果^[9]。本研究的结果进一步提供了临床依据,以接受为基础的认知行为疗法可以有效地缓解尿毒症血液透析患者的焦虑和抑郁状况。另外,在护士直接进行的心理干预之外,辅助增加同类病患之间的交流频率,通过这种互助小组,互相倾诉和鼓励,会进一步强化患者积极治疗的认知。总之,对尿毒症患者的治疗,在常规治疗的基础上,同样要进行针对性的心理护理干预,以接受为基础的疗法是一个可供参考的方法,从心理角度提高患者应对治疗的信心,具有重要的临床意义。

参考文献:

[1] 卢燕文.最新血液净化中心护理操作技术规范[M].北京:人民卫生科技出版社,2008:78-90.

(上接第 592 页)

距离。《中国护理事业发展规划纲要(2011~2015年)》指出“专科护士培训要结合实际需求,细化培训计划和内容”,本次培训需求分析可为下一步设置适合的培训课程、制定针对性的培训内容及遴选多样化的培训形式明确方向,为构建 ICU 护士规范化的培训模式提供依据。

参考文献:

[1] Fry M. Literature review of the impact of nurse practitioners in critical care services[J]. Nurs Crit Care, 2011, 16(2):58-66.

[2] Pedder L. Training needs analysis[J]. Nurs Standard, 1998, 13(6):50-56.

[3] 叶红芳,陈湘玉.能级进阶模式的护士培训需求分析模型[J].中华护理杂志,2011,46(4):393-395.

[4] Edwards N, Hui ZD, Xin SL. Continuing education for nurses in Tianjin Municipality, the People's Republic of China[J]. J Contin Educ Nurs, 2001, 32(1):31-37.

[5] 黄亚兰,尹红,许俐文,等.急诊专科护士核心能力自我评

[2] 李靖,白卫,朱爱玲,等.肾衰患者血液透析过程中伴发心血管并发症临床分析[J].重庆医学,2003,32(6):686-687.

[3] Cukor D, Coplan J, Brown C, et al. Depression and anxiety in urban hemodialysis patients[J]. Clin J Am Soc Nephrol, 2007, 2(3):484-490.

[4] Cukor D, Coplan J, Brown C, et al. Course of depression and anxiety diagnosis in patients treated with hemodialysis: a 16-month follow-up[J]. Clin J Am Soc Nephrol, 2008, 3(6):1752-1758.

[5] Chen C, Tsai Y, Hsu H, et al. Depression and suicide risk in hemodialysis patients with chronic renal failure[J]. Psychosomatics, 2010, 51(6):528-530.

[6] 江秀娟.尿毒症血液透析患者抑郁的相关性调查[J].护理实践与研究,2011,8(10):125-127.

[7] 马力群,付荣国,王莉,等.尿毒症患者的抑郁状态及其相关因素分析[J].中国临床康复,2004,27(8):5758-5759.

[8] Drayer RA, Piraino B, Reynolds CF, et al. Characteristics of depression in hemodialysis patients: symptoms, quality of life and mortality risk[J]. General Hospital Psychiatry, 2006, 28(4):306-312.

[9] Roemer L, Orsillo SM. An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder[J]. Behavior Therapy, 2007, 38(1):72-85.

[10] 戴晓阳.常用心理评估量表手册[M].北京:人民军医出版社,2010:133-153.

(收稿日期:2012-10-30 修回日期:2012-12-01)

估与培训需求的调查[J].护理研究,2011,25(1):122-123.

[6] 刘明.专科护士核心能力架构之探讨[J].中国护理管理,2009,9(4):27-29.

[7] Fang LF, Tung HH. Comparison of nurse practitioner job core competency expectations of nurse managers, nurse practitioners, and physicians in Taiwan[J]. J Am Acad Nurse Pract, 2010, 22(8):409-416.

[8] Tang WR, Yeh CH. Nurse practitioner development; from the perspective of the author[J]. Hu Li Za Zhi, 2007, 54(2):85-90.

[9] 张欣,张颖,刘徽,等.对不同学习阶段护理本科生护理学基础课程学习需求的调查[J].中华护理杂志,2011,46(5):496-498.

[10] 孙瑜.体验式学习理论及其在成人培训中的运用[D].上海:华东师范大学,2007.

(收稿日期:2012-10-19 修回日期:2012-11-12)