

• 临床护理 •

心理干预在抑郁症患者康复护理中的应用效果

向燕卿<sup>1</sup>,张德源<sup>2△</sup>,彭文平<sup>1</sup>,罗玉琳<sup>1</sup>

(1. 重庆三峡医药高等专科学校护理系 404120;2. 重庆三峡中心医院心身康复科 404140)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.31.049 文献标识码:C 文章编号:1671-8348(2013)31-3846-02

抑郁症是危害人类身心健康的常见病,表现为丧失自尊或有自罪感、注意力不能集中、睡眠障碍、食欲改变、疲劳感、精神运动性迟缓或激越、甚至有自杀意念等<sup>[1-2]</sup>。全世界约有3.4亿人患病<sup>[3]</sup>,其发病率及患病率逐渐上升,目前已占我国疾病负担的第二位<sup>[1]</sup>,其病死率为精神疾病之首<sup>[4]</sup>。抑郁症病因至今未明,治疗主要包括药物治疗、心理治疗等<sup>[5]</sup>。但药物治疗总的有效率只有约70%,1年内的复发率为50%~70%<sup>[6]</sup>。因此心理干预对本病的治疗显得尤为重要。本研究拟探讨心理干预护理对抑郁症患者治疗和康复效果的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 入选患者来自重庆三峡中心医院2011年1月至2012年10月住院患者,均符合《中国精神障碍分类方案与诊断标准(CCMD-3)》中抑郁症的诊断标准<sup>[7]</sup>。本研究通过伦理委员会批准,入选患者均签署知情同意书,自愿参与本项研究。排除标准:(1)具有严重躯体疾病、脑器质性疾病者;(2)孕妇和哺乳期的妇女;(3)存在认知障碍者;(4)因生活事件、疾病、药物滥用或治疗等所致的继发性抑郁症。入选患者按随机分为治疗组和对照组,各32例;其中治疗组男18例,女14例,年龄(40.74±18.89)岁,病程(23.86±12.56)个月,汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分(27.76±8.48)分;对照组男16例,女16例,年龄(43.85±21.82)岁,病程(20.29±11.34)个月,HAMD评分(23.69±7.77)分。两组年龄、性别、病程、HAMD评分比较差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。

1.2 治疗和护理方法 两组患者均予盐酸舍曲林治疗,起始量50 mg/d,最大剂量150 mg/d,共治疗8周。对照组采用常规护理。治疗组在常规护理基础上,进行心理干预护理。

1.2.1 抑郁症健康教育 向患者及家属讲述抑郁症相关医学知识,包括发病因素、临床表现、目前治疗手段及预后等,增加患者对疾病的认识,帮助其建立对疾病的正确态度,提高治疗和护理依从性。每周2次,每次30 min。

1.2.2 认知性心理重建 充分了解患者产生抑郁的原因,针对不同患者的个性心理问题,分析其错误认知的非功能性与病态性,并鼓励患者尝试改变这些看法或态度,重新建立健康的、功能性的认知态度,增强患者的自我管理能力和自我管理能力。以单独咨询或集体咨询的方式进行,每周1次,每次60 min。

1.2.3 个体化的支持性心理干预 采用支持性心理护理技术,包括耐心倾听、充分解释、鼓励、保证、建议、指导、暗示、预防性谈话、促进自助等,充分了解抑郁症给患者及家庭情况带来的困扰,如不良生活事件应对不佳、社会角色适应困难、人际交往缺乏、婚姻家庭关系紧张等,利用角色扮演、单独会谈、布置家庭作业等形式进行针对性的护理干预。每周1次,每次时间约60 min。

1.2.4 集体身心放松训练 包括程序性肌肉放松和内外境想

象两部分,在安静舒适的环境中,以播放磁带进行言语指导,引导患者获得身心的完全放松。每周2次,每次20 min。

1.3 评定方法 两组患者于干预前及干预后2、4、6、8周评定HAMD和汉密尔顿焦虑量表(HAMA),用其减分率评定疗效( $\geq 75\%$ 为痊愈, $50\% \sim < 75\%$ 为显效, $25\% \sim < 50\%$ 为好转, $< 25\%$ 为无效,有效=痊愈+显效)<sup>[8]</sup>。于干预前和干预后8周末,采用护士用住院患者观察量表(NOSIE)评定社会功能、社会兴趣、个人卫生、抑郁4项因子得分,评价患者社会功能康复情况<sup>[9]</sup>。

1.4 统计学处理 采用SPSS13.0软件进行分析,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组内及组间数据比较采用 $t$ 检验,计数资料采用百分率表示,组间比较采用 $\chi^2$ 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组治疗前后HAMD和HAMA评分比较 治疗前两组HAMD和HAMA评分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗后2、4、6、8周,两组HAMD和HAMA评分均有显著降低( $P<0.05$ )。治疗组HAMD和HAMA评分下降值在2、4、6、8周后均优于对照组( $P<0.05$ )。见表1。

表 1 两组治疗前后 HAMD 和 HAMA 评分比较( $\bar{x} \pm s, n=32$ )

时间点	HAMD 评分		HAMA 评分	
	治疗组	对照组	治疗组	对照组
治疗前	27.76±8.48	23.69±7.77	21.35±8.51	19.82±5.60
治疗后 2 周	16.23±7.14	17.76±6.51	11.31±6.37	15.34±3.47
治疗后 4 周	12.95±6.37	16.17±4.70	8.67±5.12	13.09±3.98
治疗后 6 周	8.22±4.78	15.29±4.75	5.45±4.29	12.30±3.92
治疗后 8 周	4.11±2.85	11.77±3.94	2.48±1.29	10.14±3.76

表 2 两组治疗前后 NOSIE 评分比较( $\bar{x} \pm s, n=32$ )

项目	治疗前		治疗后	
	治疗组	对照组	治疗组	对照组
社会功能	8.77±5.45	8.19±3.15	15.26±7.37	11.26±5.42
社会兴趣	7.79±4.35	8.34±5.37	16.14±6.33	12.24±5.78
个人卫生	10.07±5.09	10.59±6.22	16.76±7.78	15.86±8.46
抑郁	8.27±3.05	8.43±3.66	4.25±3.32	2.31±1.88

2.2 两组治疗前后 NOSIE 评分比较 治疗前两组 NOSIE 评分在社会功能、社会兴趣、个人卫生、抑郁4个方面得分均无显著差异,治疗后两组在这4个方面的得分均有改善( $P<$

作者简介:向燕卿(1964~),副教授,本科,主要从事护理教育工作。△ 通讯作者,E-mail:531746011@qq.com。

0.05),但治疗组在社会功能、社会兴趣、抑郁 3 方面的改善程度优于对照组( $P<0.05$ )。见表 2。

**2.3 两组临床疗效比较** 治疗后 8 周,治疗组 32 例痊愈 14 例,显效 9 例,好转 6 例,无效 3 例,有效率 71.88%;对照组 32 例痊愈 9 例,显效 7 例,好转 8 例,无效 8 例,有效率 50.00%,两组比较,差异有统计学意义( $\chi^2=5.02, P<0.05$ )。

3 讨 论

抑郁症是一种常见的心理疾病,抑郁症患者常持续受到负面情绪的影响,引起正性情感缺乏,从而进一步导致情绪障碍<sup>[10]</sup>,很多患者具有不同程度的自杀倾向<sup>[11]</sup>,给社会、家庭造成极大的压力和负担,因此本病的治疗有重要的意义。药物治疗虽然可以缓解抑郁症患者的情绪和躯体症状,但存在有效率不高,复发率高等缺点<sup>[6]</sup>。而心理干预治疗作为药物治疗的补充,可改善患者心理状况,在国内外逐渐受到重视<sup>[6,12]</sup>。本研究结果显示,单用舍曲林治疗,虽然治疗后 HAMD 和 HAMA 评分都有改善,但 8 周后的有效率仅为 50%,远不能达到满意的效果,而配合心理干预护理后,HAMD 和 HAMA 评分的改善程度明显优于单用舍曲林,治疗有效率为 71.88%,疗效明显提高,与国内外报道一致<sup>[6,12]</sup>,提示心理干预护理可明显增加抑郁症的治疗效果。

另一方面,除了临床症状的改善,患者社会功能的恢复也是抑郁症治疗的重要目标。社会功能的恢复程度是治疗效果是否稳定、患者能否得到完全康复的重要指标。本研究通过 NOISE 评分来反应患者社会功能情况。研究结果显示,虽然两组在这 4 个方面均较治疗前有所改善,但心理干预组在社会功能、社会兴趣、抑郁 3 方面的改善程度优于对照组( $P<0.05$ ),说明心理干预对患者社会功能的恢复也有促进作用,有助于患者更好地融入社会。

在抑郁症的心理干预护理中,心理干预的方法和技巧对最终疗效有重要影响。其中,认知性心理重建是一项重要的心理干预方法。认知行为理论认为,患者对事件的认知、判断和评价是扰乱患者精神健康的重要因素<sup>[12]</sup>。抑郁症患者存在认知的误区,对于自身一些生活中的消极体验,常常用片面方式解释境遇及推测未来的变化<sup>[13-14]</sup>,而单纯的药物治疗并不能使患者的功能失调性认知水平发生根本性的改变<sup>[15]</sup>。本研究在药物治疗的基础上,针对抑郁症的特点,对患者进行认知性心理重建,并配合健康教育、支持性心理干预、集体身心放松训练等多种方法的综合应用,分析其错误认知的非功能性与病态性,引导患者重新建立健康的、功能性的认知态度。本研究结果显示,配合认知性心理重建等心理干预措施后,治疗组 HAMD 和 HAMA 评分下降值在 2、4、6、8 周后均优于对照组,总有效率也显著优于对照组,说明多种心理干预方法综合应用在实施 2 周以后就可明显增加抑郁症的治疗效果。此外,治疗结束后,治疗组 HAMD 和 HAMA 评分、NOISE 评分、临床疗效的改善程度均优于对照组,说明这些心理干预方法的综合应用在增加疗效、促进患者社会功能的恢复等多个方面均起到良好的效果。

本研究显示,护理人员在充分认识本病特点的情况下,合理采用心理干预,可显著增加抑郁症的疗效。心理干预的内容和方法值得进一步研究推广。

参考文献:

[1] 龚绍麟. 抑郁症[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,2003:6.

[2] Karam GE. Geriatric depression;a brief review[J]. J Med Liban,2012,60(4):200-206.

[3] Choe CJ,Emslie GJ,Mayes TL. Depression[J]. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am,2012,21(4):807-829.

[4] Hawton K,Casaas I,Haw C,et al. Risk factors for suicide in individuals with depression:A systematic review[J]. J Affect Disord,2013,147(1/3):17-28.

[5] Choi NG,Sirey JA,Bruce ML. Depression in homebound older adults; recent advances in screening and psychosocial interventions[J]. Curr Transl Geriatr Exp Gerontol Rep,2013,2(1):16-23.

[6] Rodgers M,Asaria M,Walker S,et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of low-intensity psychological interventions for the secondary prevention of relapse after depression;a systematic review[J]. Health Technol Assess,2012,16(28):120-130.

[7] 中华医学会精神分会. 中国精神障碍分类与诊断标准[M]. 3 版. 济南:中国科学技术出版社,2001:62-67.

[8] Watkins ER,Taylor RS,Byng R,et al. Guided self-help concreteness training as an intervention for major depression in primary care;a phase II randomized controlled trial[J]. Psychol Med,2012,42(7):1359-1371.

[9] Morgan K,Bartrop R,Telfer J,et al. A controlled trial investigating the effect of music therapy during an acute psychotic episode[J]. Acta Psychiatr Scand,2011,124(5):363-371.

[10] De Raedt R,Kaster EH,Joormann J. Attentional control in depression;a translational effective neuroscience approach [J]. Cogn Affe Beh Neur,2010,10(1):1-7.

[11] Pompili M,Rihmer Z,Gonda X,et al. Early onset of action and sleep-improving effect are crucial in decreasing suicide risk;the role of quetiapine XR in the treatment of unipolar and bipolar depression [J]. Riv Psichiatri,2012,47(6):489-497.

[12] 孔媛,张丽. 认知行为护理疗法在抑郁症治疗中的作用[J]. 山东精神医学,2003,16(2):110-111.

[13] Hollon SD,Stewart MO,Strunk D. Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety[J]. Annu Rev Psychol,2006,57(3):285-315.

[14] 陈远岭,张大千,朱跃华,等. 抑郁症患者的功能失调认知初探[J]. 中华精神科杂志,2002,35(3):166-168.

[15] Aelfers E,Bosma H,Houkes I,et al. Effectiveness of a minimal psychological intervention to reduce mild to moderate depression and chronic fatigue in a working population; the design of a randomized controlled trial [J]. BMC Public Health,2013,13(2):129-135.

(收稿日期:2013-07-01 修回日期:2013-08-08)