

心理护理干预对神经胶质瘤围术期患者的不良情绪及生活质量的影响

郭月平(首都医科大学附属北京天坛医院神经外科,北京 100050)

【摘要】 目的 探讨心理护理干预对神经胶质瘤围术期患者的不良情绪及生活质量的影响。方法 选择 2012 年 1 月至 2013 年 12 月收治的进行手术治疗的神经胶质瘤患者 88 例,随机分为观察组和对照组,每组各 44 例。对照组进行常规护理,观察组在常规护理基础上进行心理护理干预。对两组患者干预后的 Zung 氏抑郁自评量表(SAS)和焦虑自评量表(SDS)评分进行比较,并对患者的生活质量和满意度进行评定。结果 (1)干预后观察组患者的 SAS 和 SDS 评分均明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。(2)干预后观察组患者的生活质量综合评估问卷评分(GQOL-74)明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。(3)观察组患者护理满意度(95.5%)明显高于对照组(81.8%),差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 对神经胶质瘤围术期患者实施心理护理干预,可明显缓解不良情绪,改善生活质量,提高护理满意度,值得临床推广与应用。

【关键词】 神经胶质瘤; 心理护理干预; 抑郁; 焦虑; 生活质量

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2015.01.052 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2015)01-0126-03

脑干胶质瘤是一种发病率高、危害性大的颅内恶性肿瘤,根据病灶的部位不同,所呈现出的病理特征也有所不同,因此对于其恶性程度也有所差异。脑干胶质瘤的相关并发症多、复发率高、病死率高,影响患者的生活质量,严重时威胁患者的生命安全^[1-2]。根据 WHO 的分级,将胶质瘤分为低级和高级两种级别,低级别胶质瘤为 I 级和 II 级,其中位生存期较长,可达到 5~8 年,而高级别胶质瘤为 III 级和 IV 级,其中位生存期相对于低级别胶质瘤较短,III 级星形胶质细胞瘤的中位生存期为 3 年,IV 级的中位生存期仅 1 年左右^[3-4]。因此,对于脑干胶质瘤应尽早进行治疗,越早治疗其生存期就相对越长。目前,脑干胶质瘤的治疗方法有手术切除、放射治疗(普通放射治疗、立体定向放射外科治疗及术后瘤旁近距离放疗)、免疫治疗(体液免疫治疗、细胞免疫治疗及肿瘤疫苗治疗)、基因治疗、生物治疗、干细胞治疗及中医中药治疗与纳米技术等^[5-6]。但神经胶质瘤患者在进行治疗后,由于是脑部进行治疗,往往会使得患者在心理上出现焦虑、抑郁、畏惧等不良情绪,可进一步导致患者的生活质量下降,因此必须及早进行有效控制,减少疾病的发展。本研究对神经胶质瘤患者实施常规护理和心理护理,并对两种干预方式进行比较。选择 2012 年 1 月至 2013 年 12 月收治的 88 例行手术治疗的神经胶质瘤患者进行护理干预,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 1 月至 2013 年 12 月本院收治的行手术治疗的神经胶质瘤患者 88 例,所有患者术前均经常规头颅 B 超或 MRI 检查确诊,临床表现为头痛、呕吐及视力减退。其中男 60 例,女 28 例;年龄 56~76 岁,平均(65.8±6.2)岁;肿瘤部位:额叶 40 例,颞叶 20 例,枕叶 16 例,顶叶 12 例。按照数字表法将所有患者分为观察组和对照组,每组各 44 例。两组患者在性别、年龄、肿瘤部位等一般资料方面比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组患者给予常规护理,主要包括监测生命体征、饮食护理及其他相关的日常护理。观察组在常规护理基础上给予心理护理干预。具体为护理人员应在术后告知患者的手术完成情况,并继续给予心理支持,应用和蔼可亲的语言与

患者交流,做好护理工作,取得患者的信任,了解患者的心理状态,关心、尊重、鼓励、安慰患者,并对术后疼痛情况给予安慰,并告知患者如何减轻疼痛。护理人员评估患者心理状况,针对患者的认知程度、职业及文化背景,进行个体化的心理支持和疏导。同时对患者进行放松疗法,安排患者每天早晚进行深呼吸训练,以扩大肺活量,增加血氧含量,鼓励患者做些适当的运动,听音乐或者看些感兴趣的影视作品,对于有严重焦虑、抑郁的患者,可适当给予药物进行辅助治疗。

1.3 测定指标^[7-8] (1)两组患者的焦虑、抑郁程度采用 Zung 氏焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)进行评定。两种量表均有 20 项内容,每项 1~4 级,最高分 80 分。具体为:抑郁(焦虑)程度的评定。SDS(SAS)的总分是量表的各项条目得分之和,当标准分大于或等于 53 分,该患者有抑郁(焦虑)的情绪,抑郁(焦虑)指数=患者总评分/80,0.50~0.59 为轻度抑郁(焦虑);0.60~0.69 为中度抑郁(焦虑);>0.70 者为重度抑郁(焦虑)^[6]。(2)两组患者的生活质量采用生活质量综合评估问卷(GQOL-74)进行评估,包括角色功能、躯体功能、心理功能和社会功能,评分越高,生活质量越高。(3)两组患者的满意度评定采用本院自行设计的表格数字评分法进行,分值在 0~100 分,得分 90~100 分表示非常满意,60~89 分表示满意,<60 分表示不满意,说明患者的满意度。自行设计的问卷进行调查,采用数字评分法,分值在 0~10 分,非常满意护理工作记作 10 分,不满意护理工作记作 0 分,通过调查问卷的评分情况对护理人员的工作进行评价,计算患者的满意度。

1.4 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件对数据进行统计学处理,计数资料采用 χ^2 检验;计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间差异采用 t 检验;以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后 SDS 评分的比较 两组患者干预前 SDS 评分相比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);对照组患者干预后与干预前 SDS 评分相比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);观察组患者干预后 SDS 评分明显低于干预前,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者干预后 SDS 评分明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 两组患者干预前后 SAS 评分的比较 两组患者干预前 SAS 评分相比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 对照组患者干预后与干预前 SAS 评分相比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 观察组患者干预后 SAS 评分明显低于干预前, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者干预后 SAS 评分明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 1 两组患者干预前后 SDS 评分的比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	干预前	干预后	t	P
观察组	44	60.27 ± 4.82	36.73 ± 5.79	7.473	<0.05
对照组	44	59.65 ± 5.15	54.83 ± 6.47	1.432	>0.05
t		0.247	5.892		
P		>0.05	<0.05		

表 2 两组患者干预前后 SAS 评分的比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	干预前	干预后	t	P
观察组	44	68.42 ± 9.47	32.26 ± 5.81	9.792	<0.05
对照组	44	67.91 ± 9.36	62.73 ± 8.15	1.475	>0.05
t		0.273	7.365		
P		>0.05	<0.05		

2.3 两组患者干预后生活质量评分的比较 干预后观察组患者角色功能评分、心理功能评分、躯体功能评分、社会功能评分及 GQOL-74 总评分均明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

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

组别	n	角色功能	心理功能	躯体功能	社会功能	总体评分
观察组	44	82.3 ± 4.0	86.4 ± 6.2	81.7 ± 4.3	75.6 ± 6.2	80.3 ± 5.4
对照组	44	72.8 ± 3.4	72.5 ± 7.1	72.4 ± 6.2	68.2 ± 7.5	71.6 ± 7.1
t		5.863	6.471	5.597	4.732	5.768
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.4 两组患者护理满意度的比较 干预后观察组患者的护理满意度 (95.5%) 明显高于对照组 (81.8%), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组患者护理满意度的比较 [n (%)]

组别	n	非常满意	满意	不满意	满意度 (%)
观察组	44	30(68.2)	12(27.3)	2(4.5)	95.5
对照组	44	16(36.4)	20(45.4)	8(18.2)	81.8
χ^2					6.538
P					<0.05

3 讨论

脑干胶质瘤占颅内肿瘤的 1.4%, 主要为神经胶质瘤, 其中最为多见的星形细胞瘤和极性成胶质细胞瘤, 其中以星形细胞瘤为主, 临床特点在于病程较长、进展缓慢, 可数月甚至 1 年以上始出现严重的脑干症状。因此当发现神经胶质瘤的症状后, 应给予积极的手术治疗, 可减少患者的致残率和致死率。

但在手术治疗后, 患者往往会出现焦虑、抑郁等不良情绪, 也会进而影响患者的生活质量^[9-10]。

随着现代医学模式的转变, 心理护理干预越来越受到重视, 即患者护理的全过程中, 护理人员应用医学心理知识, 对患者存在的精神痛苦、心理顾虑、思想负担及疑难问题进行疏导和沟通, 帮助患者摆脱困难, 达到舒缓患者的负性情绪, 减轻负性心理情绪对疾病的影响, 增强患者自信心, 使患者心理健康。而患者的情绪状态和心理变化可直接影响疾病的治疗效果, 因此, 心理护理干预对于疾病的治疗具有十分重要的作用。心理护理干预的目的: (1) 解除患者的紧张、焦虑、抑郁等负性情绪, 增强战胜疾病的信心。(2) 健康教育使患者适应住院环境, 融入到医院的环境中, 建立新的人际关系, 减少陌生感。本研究通过心理护理干预, 在一定程度上提高患者对神经胶质瘤的认识, 给予必要的心理疏导, 减轻患者的心理压力, 帮助患者克服焦虑和抑郁等不良情绪, 纠正其心理偏差, 树立治疗信心, 积极配合医生和护理人员的治疗^[11-12]。不仅如此, 医护人员还应重视患者的心理社会需求, (1) 安全需求。神经胶质瘤患者由于突发情况进行住院治疗, 对周围环境比较陌生, 易产生陌生感, 加之疾病的痛苦和折磨, 患者在治疗时往往会产生抵触情绪, 主要表现为对医生、护理人员及同病房病友的抵触和厌恶。因此对于患者的安全需求, 应给予足够重视。(2) 被尊重需求。神经胶质瘤患者希望得到医护人员与病友的尊重, 由于疾病的特殊性, 患者还是希望能进行正常的交流, 不要有任何的歧视和不尊重, 聊天可减轻患者的心理压力。(3) 亲情需求。神经胶质瘤患者刚住进病房, 由于对陌生环境的不适应和疾病的折磨, 会产生失落感和孤独感, 此时非常需要得到子女及亲人家属的帮助和肯定, 以减少患者心理觉得疾病给家庭带来负担等消极情绪^[13]。

目前, 评价心脑血管患者的健康状态常使用生活质量 (QOL) 进行评价, 生活质量主要对患者的生理、心理、社会功能方面进行评价, 即以此来确定患者生活质量的高低。对神经胶质瘤患者的生活质量进行评价, 对于指导临床护理措施及评估预后具有至关重要作用。研究表明, 生活质量与社会支持、社会支持各维度呈正相关性, 即患者获得的社会支持越多, 其生活质量越高, 分析原因可能是由于患者获得的社会支持越多, 可在一定程度上减轻患者的心理负担, 改善临床症状, 增加依从性, 提高自理能力, 从而达到改善生活质量的目的。而患者的焦虑、抑郁不良情绪与生活质量也具有一定的相关性, 即焦虑或抑郁等不良情绪存在时, 患者的生活质量往往较低。因此医护人员对患者进行必要的药物治疗外, 应当密切关注患者的心理状态变化, 及时进行评估和预测, 对患者出现焦虑、抑郁等不良情绪的原因进行分析, 并对可能产生的不利因素进行规避, 针对性的进行心理护理干预, 以达到提高患者生活质量的目的^[14-17]。

本研究结果表明, 经心理护理干预后神经胶质瘤围术期患者的 SAS 和 SDS 评分均明显低于干预前和经常规护理干预后的神经胶质瘤围术期患者 ($P < 0.05$), 说明心理护理干预后患者的焦虑、抑郁的心理状态与干预前相比, 可得到明显改善, 且改善情况明显优于常规护理干预。这与黄小琴等^[18]报道的运用心理护理干预可改善脑恶性胶质瘤患者的焦虑、抑郁情绪的结果相一致。经心理护理干预后神经胶质瘤围术期患者的

GQOL-74 各项评分(角色功能、躯体功能、心理功能和社会功能)及总评分均明显优于经常规护理干预后的神经胶质瘤围术期患者($P < 0.05$),说明经心理护理干预后患者的生活质量得到明显提高,且提高程度优于常规护理干预。经心理护理干预后神经胶质瘤围术期患者的护理满意度明显高于常规护理干预,说明心理护理干预可明显患者的护理满意度。

综上所述,对神经胶质瘤围术期患者实施心理护理干预,可明显缓解不良情绪,改善生活质量,提高护理满意度,值得临床推广与应用。

参考文献

[1] Elsherbiny ME, Emara M, Godbout R. Interaction of brain fatty acid-binding protein with the polyunsaturated fatty acid environment as a potential determinant of poor prognosis in malignant glioma[J]. Prog Lipid Res, 2013, 52(4):562-570.

[2] Cui YN, Xu QX, Chow PK, et al. Transferrin-conjugated magnetic silica PLGA nanoparticles loaded with doxorubicin and paclitaxel for brain glioma treatment[J]. Biomaterials, 2013, 34(33):8511-8520.

[3] 王俊杰, 王刚, 周章明, 等. 神经胶质瘤的治疗研究进展[J]. 癌症进展, 2011, 9(1):63-67.

[4] 李仲颖, 牛朝诗. Nanog 基因与神经胶质瘤的研究进展[J]. 中国微侵袭神经外科杂志, 2013, 18(10):475-477.

[5] 夏亮, 陈建, 施炜. 神经胶质瘤药物靶向性化疗的研究进展[J]. 国际神经病学神经外科学杂志, 2011, 38(2):171-174.

[6] 何志明, 谢雪梅, 张紫寅, 等. 增强 MRI 和 18 F-FDG PET-CT 对胶质瘤术后复发灶诊断价值的比较[J]. 检验医学与临床, 2014, 11(1):3-5.

[7] 武文浩, 田永吉, 万虹, 等. 弥散型与局限型脑干胶质瘤的

病理学、超微结构特点及增殖特性分析[J]. 中国微侵袭神经外科杂志, 2012, 17(2):76-78.

[8] 范存刚, 张庆俊. 肿瘤坏死因子相关凋亡诱导配体治疗脑胶质瘤的研究进展[J]. 肿瘤防治研究, 2014, 41(2):168-172.

[9] 蒋教华, 张国荣, 郁志龙. 脑胶质瘤优化放疗在综合治疗中的应用进展[J]. 肿瘤学杂志, 2013, 19(5):395-398.

[10] 林婷婷, 李钢. 脑胶质瘤的综合临床治疗的研究进展[J]. 中国临床神经外科杂志, 2013, 18(5):316-319.

[11] 李相波. 低级别胶质瘤显微外科手术体会[J]. 检验医学与临床, 2013, 10(13):1688-1689.

[12] 亓敬涛, 葛云龙, 武志超, 等. 射频热疗技术在脑胶质瘤治疗中的应用进展[J]. 现代生物医学进展, 2012, 12(22):4393-4395.

[13] 王永刚, 吴震, 张力伟, 等. 脑干神经节胶质瘤的诊断及治疗[J]. 中国微侵袭神经外科杂志, 2010, 15(4):148-151.

[14] 李莺, 李学芳, 胡丹. 老年脑胶质瘤患者术后并发症的观察和护理[J]. 中国临床神经外科杂志, 2013, 18(7):441-442.

[15] 任琳, 任学芳, 郎黎薇, 等. 全程无缝隙护理模式在胶质瘤术后患者中的应用[J]. 护理学杂志, 2013, 28(6):19-21.

[16] 裴莉萍, 麻春英. 胶质瘤治疗及术后护理的研究进展[J]. 全科护理, 2012, 10(11):2358-2360.

[17] 敖欢, 沈贵荣, 高娟. 临床护理人员应用心理护理的现状调查及影响因素分析[J]. 护理研究, 2013, 27(10):3363-3365.

[18] 黄小琴, 马丽. 心理护理干预对脑恶性胶质瘤术后患者焦虑、抑郁情绪的影响[J]. 蚌埠医学院学报, 2013, 38(12):1699-1701.

(收稿日期:2014-04-07 修回日期:2014-09-02)

提高重症监护室护士为危重患者定时翻身依从性的策略和效果

杨 新(重庆医科大学附属第一医院胸心外科, 重庆 400016)

【摘要】 目的 探讨在重症监护病房(ICU)实施集束干预措施降低压疮发生率的过程中,翻身依从性干预策略对提高护士为危重患者定时翻身依从性方面的作用。**方法** 2013 年 1 月至 2014 年 3 月,在对 188 例危重患者实施压疮预防集束干预的过程中,通过对 30 名 ICU 护士进行理论与操作的反复培训、亲身体位实践、张贴警示标识、翻身绩效考评等措施来提高护士对翻身的依从性,从而降低压疮发生率。**结果** 翻身的依从性干预前(对照组)为 28.5%,干预后(观察组)为 64.4%,压疮发生率干预前(对照组)为 28.79%,干预后(观察组)为 11.48%,干预前后比较差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 翻身依从性干预策略对于提高 ICU 护士为危重患者定时翻身的依从性效果明显,能有效降低压疮发生率。

【关键词】 重症监护病房; 翻身; 依从性; 护士

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.01.053 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2015)01-0128-03

有研究表明,采用集束干预策略能有效预防重症监护病房(ICU)患者压疮的发生^[1]。而集束化干预可根据本单位的具体情况而定,但应是最佳的可操作标准^[2]。本院制订的压疮预防集束干预措施主要有(1)保持床铺和衣裤清洁、干燥、舒适,污染后及时更换;(2)保持皮肤清洁、干燥、及时清洗;(3)定时

翻身;(4)给予气垫床;(5)给予减压用具;(6)局部贴压疮贴;(7)加强营养,采取适当的营养支持措施。其中翻身是作为预防压疮最关键有效的护理方法^[3]。蒋琪霞等^[4]研究表明,没有定时翻身或翻身不到位引起的局部组织长期受压会提高压疮发生的风险。但在临床工作中发现,由于医护患等多方面的原