

绪,一定程度的焦虑是可以接受甚至是必要的,但过度的焦虑就是一种病理性情感<sup>[11]</sup>。已经有研究表明,个体化的心理干预能够有效地缓解焦虑,使患者保持一种积极的心理状态<sup>[12]</sup>。在社区护理方面,随着生物-心理-社会医学模式的普及,心理干预可以通过强化与产妇的沟通、提高产妇对产褥期整体“防”“治”“养”的认知、消除患者心理障碍、增强产妇的信心和积极性而成为社区护理工作中对患者情感支持的重要辅助方式。近年来,中医音乐疗法已经成为社区护理工作不可或缺的一部分,该法根据宫、商、角、徵、羽 5 种民族调式音乐的特性,并结合五脏五行的关系来选择曲目对抑郁患者进行干预,可以有效缓解患者的焦虑症状,调整负性情绪,促进患者的产后康复<sup>[13]</sup>。亲情支持作为护理工作中必不可少的一部分而愈加重要,旨在为产妇营造和谐友爱、对缓解产妇的焦虑情绪具有积极的调节作用。

本次研究结果显示,对照组患者治疗前后的焦虑值分别为(50.21±4.37)、(31.25±5.07)分;治疗组患者治疗前后的焦虑值分别为(51.35±3.96)、(18.47±3.16)分;两组产后患者在治疗前焦虑程度比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗后两组患者的焦虑症状均有所改善,但治疗组的改善程度尤为明显,该组患者的焦虑症状明显轻于对照组患者,两组患者的临床疗效比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。可见,疏肝解郁汤联合社区护理干预可明显改善产后患者的焦虑症状,提高患者治疗的满意度。这有利于加强患者对产褥期护理的正确认识,增强患者主动治疗的信心,缓解患者对产后疼痛等不适症状的担忧,促进患者产后恢复,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 曹泽毅.中华妇产科学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2004:1280.  
 [2] Mallikarjun PK,Oyebode F.Prevention of postnatalde pres-

sion[J].J R Soc Health,2005,125(5):221-225.  
 [3] Klainin P,Arthur DG.Postpartum depression in Asian cultures;a literature review[J].Int J Nurs Stud,2009,46(10):1355-1373.  
 [4] Lanza di Scalea T,Wisner KT.Antidepressant medication use during breastfeeding [J].Clin Obstet Gynecol,2009,52(3):483-497.  
 [5] 中华中医药学会.中医内科常见病诊疗指南[M].北京:中国中医药出版社,2008:294-296.  
 [6] Del Rosario GA,Chang AC,Lee ED.Postpartum depression:symptoms,diagnosis,and treatment approaches[J].JAAPA,2013,26(2):50-54.  
 [7] Olatunji BO,Deacon BJ,Abramowitz JS,et al.Dimensionality of somatic complaints:factor structure and psychometric properties of the Self-Rating Anxiety Scale[J].J Anxiety Disord,2006,20(5):543-561.  
 [8] 晏晓颖,钱耀荣.社区妇产产褥期抑郁发生及其影响因素研究[J].护理研究,2013,27(9):2838.  
 [9] 敬清秀.孕妇产前心理状态与产后抑郁症相关因素探讨[J].四川医学,2013,34(10):1537.  
 [10] 李秋梅.临床分析产妇产后抑郁情绪的原因和护理对策[J].中国现代药物应用,2014,8(2):202.  
 [11] 戴晓阳.护理心理学[M].北京:人民卫生出版社,1999:119-121.  
 [12] 张继红,刘敏,丁新飞,等.心理干预对外科手术患者焦虑情绪的影响[J].现代诊断与治疗,2013,24(8):1912.  
 [13] 韦艳,李安宙,刘思娜.中医音乐治疗产后抑郁症的临床研究[J].检验医学与临床,2013,10(13):1711.

(收稿日期:2014-03-28 修回日期:2014-06-22)

## 功能性消化不良患者心理特征及护理干预效果

王 洁(湖北省襄阳市第一人民医院消化内科 a 区 441000)

**【摘要】 目的** 研究功能性消化不良患者的心理特征及护理干预效果。**方法** 将 2011 年 3 月至 2013 年 5 月就诊的功能性消化不良患者 80 例纳入研究,随机分为给予常规护理联合心理干预的观察组和常规护理的对照组,观察患者的心理状态和生存质量。选取同期健康体检者 60 例为健康组。**结果** 功能性消化不良患者躯体化、强迫症状、人际关系、抑郁、焦虑、精神病性、焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评分明显高于健康组;观察组躯体化、强迫症状、人际关系、抑郁、焦虑、精神病性、SAS、SDS 评分明显低于对照组;自我实现、健康责任、运动、营养、人际关系、应对压力评分明显高于对照组。**结论** 功能性消化不良患者存在焦虑和抑郁情绪,心理干预可缓解负面情绪,提高生存质量,具有积极的临床价值。

**【关键词】** 功能性消化不良; 心理特征; 护理干预; 生存质量

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.02.058 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2015)02-0267-03

功能性消化不良是临床上最常见的一种功能性胃肠病,临床主要表现为持续性或反复性上腹部疼痛、腹胀、恶心、呕吐、嗝气、纳差等症状,发病机制仍不明确,多数研究倾向于将其归因于精神心理因素<sup>[1]</sup>。因此,探究功能性消化不良患者的心理特征并针对性的给予护理干预措施,能够取得积极的临床价值<sup>[2]</sup>。本文以症状自评量表(SCL-90)、焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)为工具,分析功能性消化不良患者心理特征,并给予个性化的护理干预,取得了较好的效果,现将结果报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 将 2011 年 3 月至 2013 年 5 月在本院就诊的功能性消化不良患者 80 例纳入研究对象,均符合功能性消化不良诊断标准<sup>[3]</sup>。纳入标准:(1)存在餐后饱胀、早饱、上腹痛、上腹部烧灼感的临床症状;(2)无可能解释症状的器质性疾病证据;(3)病程超过半年,近 3 个月来症状持续;(4)取得患者知情同意,签署知情同意书。共纳入 80 例患者,采用随机数表法分为给予常规护理联合心理干预的观察组和常规护理的对照组各 40 例。选取同期健康体检者 60 例为健康组,三组性别、

年龄、文化程度、职业等一般性资料比较,差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ),具有可比性。见表 1。

表 1 三组研究对象一般性资料比较

组别	n	性别(男/女, n/n)	年龄( $\bar{x}\pm s$ , 岁)	文化程度(n)		职业(n)				
				高中以下	大专以上	干部	职员	工人	农民	自由职业者
观察组	40	18/22	38.65±3.54	23	17	6	12	8	9	5
对照组	40	17/23	37.82±4.21	22	18	5	11	10	8	6
健康组	60	27/23	38.25±3.47	24	26	17	13	19	7	4

**1.2 调查方法** 所有调查对象均知情同意。调查问卷分两部分,第一部分为自制调查问卷,主要调查患者的一般情况,包括性别、年龄、文化程度、职业、家庭收入等;第二部分采用 SAS、SDS、SCL-90 评估心理状态<sup>[4]</sup>,采用健康促进生活方式量表对两组患者的整体生存质量进行评价。首先组织调查者参加统一培训,指导患者填写。调查者第 1 天发放问卷,第 2 天收回,共发放问卷 160 份,回收有效问卷 160 份。

**1.3 护理方法**

**1.3.1 对照组** 给予常规护理,包括疾病知识讲解、服药指导、遵医嘱给药等。

**1.3.2 观察组** 采取“评估—发现问题—制订计划—实施干预—效果评估”步骤,对患者进行个性化的护理干预措施。(1)健康宣教:向患者反复讲解功能性消化不良发病原因、临床症状、治疗中可能出现的问题、影响因素等,使其充分了解疾病的症状、体征,并能够采取正确的应对措施。(2)心理干预:加强与患者的沟通与交流,了解患者情绪变化,取得患者的信任和支持,对于出现的焦虑、抑郁等情绪及时进行疏导。有条件的医院,可请心理医生对患者进行心理保健教育,化解患者的负性情绪,增强战胜疾病的信心。(3)行为干预:指导患者养成良好的生活习惯,根据患者喜欢口味制订合理的营养套餐,动员患者家属参与监督,教会患者调节情绪的方法。对于制订的治疗方案及指定的责任护士,在没有特殊情况尽量维持不变。(4)药物治疗:对于有严重心理障碍的患者可适当给予精神药物辅助治疗,选择抗焦虑药物、抗抑郁药物、胃动力类药物等<sup>[5]</sup>。

**1.4 观察指标**

**1.4.1 心理状态** 采用 SAS、SDS 对患者的心理状态进行评估,均为 20 个条目,每个条目按 1、2、3、4 赋分,判定标准为焦虑症状:SAS 评分大于或等于 50 分;抑郁状态:SDS 评分大于或等于 53 分。

**1.4.2 全身症状** 采用 SCL-90 从躯体化、强迫症状、人际关系敏感、抑郁、焦虑、敌对、恐怖、偏执、精神病性 9 个方面评价全身症状,共 90 个项目,10 个因子,每项采取 5 级评分制,分别赋值 1 分(自觉无症状)、2 分(自觉有症状,发生不频繁、不严重)、3 分(自觉有症状,严重程度为轻到中度)、4 分(常有症状,严重程度中到重度)、5 分(症状频率与强度均十分严重),分值超过 2 分表示有症状,得分越高、全身症状越严重。

**1.5 统计学处理** 采用 SPSS18.0 软件分析,计量资料采用  $\bar{x}\pm s$  表示,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 SCL-90、SAS、SDS 测评结果分析** 观察组、对照组患者干预前躯体化、强迫症状、人际关系、抑郁、焦虑、精神病性、SAS、SDS 评分明显高于健康组,观察组与对照组各项评分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );干预后,观察组与对照组心理状态都明显改善,观察组躯体化、强迫症状、人际关系、抑郁、焦虑、精神病性、SAS、SDS 评分明显低于对照组( $P<0.05$ ),见表 2。

**2.2 生存质量** 护理前,观察组和对照组患者生存质量评分的差异无统计学意义( $P>0.05$ );护理后,两组患者生存质量评分均高于护理前,差异有统计学意义( $P<0.05$ );观察组患者的自我实现、健康责任、运动、营养、人际关系、应对压力评分均高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 3。

表 2 三组 SCL-90、SAS、SDS 评分比较( $\bar{x}\pm s$ , 分)

组别	n	时间	躯体化	强迫症状	人际关系	抑郁	焦虑	敌对
观察组	40	干预前	2.42±0.36*	2.34±0.25*	2.26±0.28*	2.68±0.35*	2.64±0.52*	1.67±0.15*
		干预后	1.52±0.54 <sup>#</sup> §	1.56±0.34 <sup>#</sup> §	1.69±0.54 <sup>#</sup> §	1.78±0.21 <sup>#</sup> §	1.74±0.55 <sup>#</sup> §	1.57±0.16
对照组	40	干预前	2.38±0.26*	2.31±0.32*	2.27±0.36*	2.72±0.44*	2.66±0.43*	1.65±0.21*
		干预后	1.87±0.44 <sup>§</sup>	1.98±0.33 <sup>§</sup>	1.95±0.46 <sup>§</sup>	2.21±0.45 <sup>§</sup>	2.21±0.26 <sup>§</sup>	1.58±0.12
健康组	60		1.53±0.32	1.68±0.54	1.72±0.41	1.83±0.15	1.46±0.24	1.28±0.24

续表 2 三组 SCL-90、SAS、SDSI 评分比较( $\bar{x}\pm s$ , 分)

组别	n	时间	恐怖	偏执	精神病性	SAS	SDS
观察组	40	干预前	1.34±0.21*	1.74±0.54*	1.72±0.24*	69.43±9.34*	64.83±11.42*
		干预后	1.30±0.14	1.65±0.23	1.39±0.25 <sup>#</sup> §	48.56±6.54 <sup>#</sup> §	45.62±7.21 <sup>#</sup> §
对照组	40	干预前	1.32±0.24*	1.72±0.35*	1.73±0.41*	68.78±8.65	64.65±10.25
		干预后	1.31±0.21	1.68±0.24	1.68±0.25	58.12±6.42 <sup>§</sup>	57.32±7.36 <sup>§</sup>
健康组	60		1.33±0.15	1.68±0.33	1.36±0.32	—	—

注:与健康组比较,\* $P<0.05$ ;与对照组比较,<sup>#</sup> $P<0.05$ ;与干预前比较,<sup>§</sup> $P<0.05$ ;—表示无数据。

表 3 观察组与对照组患者护理干预前后的生存质量比较(̄x±s,分)

组别	n	时间	自我实现	健康责任	运动	营养	人际关系	应对压力
观察组	40	干预前	20.16±1.84	17.47±1.63	17.37±1.46	18.04±1.37	21.26±1.87	19.37±2.13
		干预后	31.83±4.29*#	25.31±3.23*#	26.58±3.42*#	27.84±3.02*#	34.13±2.34*#	33.07±4.21*#
对照组	40	干预前	20.34±1.21	16.85±1.49	17.63±1.68	18.25±1.56	21.05±1.34	19.04±2.34
		干预后	24.38±2.17#	19.34±2.04#	20.43±2.31#	21.03±2.41#	26.27±3.21#	24.38±3.04#

注:与对照组比较,\*P<0.05;与治疗前比较,#P<0.05。

### 3 讨 论

功能性消化不良是指具有由胃和十二指肠功能紊乱引起的症状,经检查排除引起这些症状的器质性疾病的一组临床综合征<sup>[6]</sup>。该病是临床上最常见的一种功能性胃肠病,主要表现为上腹痛、上腹灼热感、餐后饱胀,并且可同时存在上腹胀、暖气、纳差、恶心、呕吐等,不仅影响患者的生活质量,而且造成相当高的医疗费用<sup>[7]</sup>。目前,关于功能性消化不良的发病机制仍不明确,患者多存在胃肠道动力障碍、内脏感觉过敏以及胃底对食物的容受性舒张功能下降等情况<sup>[8]</sup>。

尽管关于功能性消化不良的发生原因仍未明确,多数研究认为精神心理因素与 FD 的发病有密切关系<sup>[9-10]</sup>。孙年霞<sup>[11]</sup>的研究发现,功能性消化不良患者存在个性异常,焦虑、抑郁评分明显高于健康人和十二指肠溃疡组。不良情绪的反应可导致外周感受器、传入神经、中枢整合等水平的异常,胃底舒张容积的改变等,进而导致疾病的发生<sup>[12]</sup>。本文研究表明,功能消化不良患者干预前躯体化、强迫症状、人际关系、抑郁、焦虑、精神病性、SAS、SDS 评分均明显高于健康组,尤其是 SA、SDS 评分更是明显高于健康组,与国内外研究结论基本一致<sup>[13-14]</sup>,提示心理健康状况可能是功能性消化不良致病原因的高危因子<sup>[15]</sup>,为护理干预提供了方向。

护理干预方式的选择必须根据对患者心理状态测评结果,给予个性化的干预对策。在常规护理的基础上,本研究采取健康宣教、心理干预、行为干预、药物辅助相结合的办法,健康宣教在于让患者正确认识疾病规律,提高患者对疾病的认识水平和应对能力,心理干预在于有效化解患者的心理应激反应,保持乐观、平衡、自信的心态,行为干预是纠正患者的不良生活习惯。研究结果表明,观察组患者的躯体化、强迫症状、人际关系、抑郁、焦虑、精神病性、SAS、SDS 评分明显低于对照组,提示在了解患者心理特征后给予护理干预有助于控制焦虑和抑郁情绪。同时,本研究还采用健康促进生活方式量表对两组患者的整体生存质量进行了评价,由结果可知,观察组患者的自我实现、健康责任、运动、营养、人际关系、应对压力评分均高于对照组。说明观察组患者的整体生存质量更为理想。由此可见,功能性消化不良患者存在焦虑和抑郁情绪,心理干预可缓解负面情绪、提高生存质量,具有积极的临床价值。

### 参考文献

[1] Van Ounehove L, Vandenberghe J, Vos R, et al. Abuse history, depression, and somatization are associated with gastric sensitivity and gastric emptying in functional dyspepsia[J]. Psychosom Med, 2011, 73(8): 648-655.  
 [2] 刘静,贾林,雷晓改,等.功能性消化不良伴体质量减轻患者的临床特征、生活质量及其精神心理因素分析[J].中

华消化内镜杂志, 2013, 30(8): 446-449.  
 [3] 侯小华. 消化运动学[M]. 北京: 科学出版社, 1998: 271-90.  
 [4] 汪向东, 王希林, 马弘. 心理卫生评定量表手册[J]. 中国心理卫生杂志, 1993(增刊): 36-40.  
 [5] 丁育荣. 抗抑郁药物对功能性消化不良辅助治疗的临床观察[J]. 中国药物与临床, 2013, 13(8): 1081-1082.  
 [6] 曾庆枝, 何燕玲, 刘哲宁, 等. 综合医院抑郁焦虑障碍患者躯体症状与躯体疾病诊断分布研究[J]. 中国全科医学, 2012, 15(8): 2656-2661.  
 [7] 贾碧慧, 吕荣香, 郭凤英, 等. 心理护理对功能性消化不良疗效及不良情绪的影响[J]. 中国健康心理学杂志, 2013, 21(9): 1360-1362.  
 [8] 刘芳宜, 朱丽明, 方秀才, 等. 三种不同心理测量表对功能性消化不良患者焦虑抑郁状态的评估[J]. 胃肠病学, 2012, 17(2): 106-109.  
 [9] Holmann G, Kutscher SU, Haag S, et al. Clinical presentation and personality factors are predictors of the response to treatment in patients with functional dyspepsia; a randomized, double-blind placebo-controlled crossover study[J]. Dig Dis Sci, 2004, 49(4): 672-679.  
 [10] 沈俊松, 张莉莉, 韩德云, 等. 精神心理因素在肠易激综合征和功能性消化不良重叠症中的作用[J]. 胃肠病学和肝病杂志, 2010, 20(10): 926-298.  
 [11] 孙年霞. 功能性消化不良患者的心理健康状况调查[J]. 现代预防医学, 2013, 40(5): 896-898.  
 [12] Peura DA, Haber MM, Hunt B, et al. Helicobacter pylori-negative gastritis in erosive esophagitis, nonerosive reflux disease or functional dyspepsia patients[J]. J Clin Gastroenterol, 2010, 44(3): 180-185.  
 [13] Strid H, Norstrom M, Sjoberg J, et al. Impact of sex and psychological factors on the water loading test in functional dyspepsia[J]. Scand J Gastroenterol, 2001, 36(7): 725-730.  
 [14] 赵梁, 宋雯, 朱萍, 等. 腹泻型易激综合征重叠功能性消化不良与精神心理、胃肠激素的相关性[J]. 中华消化杂志, 2013, 33(2): 88-92.  
 [15] Mapel DW. Functional disorders of the gastrointestinal tract; Cost effectiveness review[J]. Best Pract Res Clin Gastroenterol, 2013, 27(6): 913-931.

(收稿日期: 2014-03-18 修回日期: 2014-09-09)