

综上所述,优质的认知、行为、肢体训练护理干预措施,TDP 灯照射置管部位护理,增强透明贴护理置管部位护理,微波治疗仪局部加热护理等合理有效的优质护理措施能够明显降低 PICC 置管后机械性静脉炎的发生率。同时,干预护理实施后,患者的焦虑程度也有了明显改变,对 PICC 置管患者进行优质护理干预,能够让患者了解如何对置管部位进行护理,既减少了自己的痛苦和医护人员的工作量,又提高了自己的生活质量,优质护理干预为临床 PICC 的推广及其并发症的预防提供了有力帮助。

参考文献

[1] Song Y, Wang XR, Han BR. The progress of the prevention of mechanical phlebitis following PICC [J]. Chin J Nurs, 2008, 65(1): 117-141.

[2] 王娟, 张洁. 茶黄膏外敷预防 PICC 置管后机械性静脉炎的效果 [J]. 中华护理杂志, 2014, 49(10): 1260-1263.

[3] 梁敏, 何金爱, 严加洁. 水胶体敷料对 PICC 置管后机械性静脉炎预防效果的 meta 分析 [J]. 现代临床护理, 2014, 13(5): 1-6.

[4] 张丽华, 唐红兰, 钱湘云, 等. 应用恒温护垫预防 PICC 置管致机械性静脉炎 [J]. 护理学杂志, 2014, 29(22): 51-52.

[5] 高继霞, 张志军, 董娟, 等. 肿瘤患者 PICC 置管后机械性静脉炎相关因素与预防对策 [J]. 吉林医学, 2014, 35(4): 889-890.

[6] 刘华, 尹长春, 李娅, 等. 地塞米松及水胶体敷料联合光子治疗仪防治 PICC 置管后机械性静脉炎的效果观察 [J]. 激光杂志, 2015, 41(10): 157-159.

[7] 王海燕, 李霞, 梁微, 等. 微波治疗在预防恶性肿瘤患者 PICC 置管致机械性静脉炎的疗效观察 [J]. 广西医科大学学报, 2014, 31(6): 1045-1046.

[8] 李亚蓉, 孙伟军, 吕美丽. 康惠尔透明贴联合喜辽妥治疗 PICC 置管后机械性静脉炎的疗效观察 [J]. 浙江临床医学, 2015, 17(11): 1923-1924.

[9] 王碧幸, 潘珊, 罗嵩, 等. 光子治疗仪联合水胶体敷料防治 PICC 置管后机械性静脉炎的效果观察 [J]. 临床医学工程, 2015, 22(3): 359-360.

[10] 张韬, 冯莉霞. 延胡索合剂湿敷预防 PICC 置管后机械性静脉炎的效果观察 [J]. 天津护理, 2015, 23(2): 158-159.

[11] 李学新, 孙慧莉, 赵惠香, 等. 失效模式和效应分析在降低神经外科 PICC 置管患者机械性静脉炎中的应用 [J]. 中国实用医药, 2016, 20(11): 247-248.

[12] 林欣, 雷艳, 黄朝芳, 等. 早期护理干预预防肿瘤患者 PICC 置管术后机械性静脉炎的疗效观察 [J]. 海南医学, 2014, 25(3): 463-464.

[13] 杨静, 宋迪, 徐令婕. 2 种 PICC 穿刺法致机械性静脉炎的对比分析 [J]. 中华全科医学, 2014, 12(4): 635-637.

[14] 肖妮珠, 陈淑萍, 柳燕瑛, 等. PICC 置管患者发生机械性静脉炎的影响因素分析 [J]. 福建医药杂志, 2015, 37(5): 143-144.

[15] 王雪莲. PICC 不同置管部位导致机械性静脉炎的观察比较 [J]. 吉林医学, 2016, 37(8): 2082-2084.

[16] 程丽, 龙瑞娟, 凌锦云, 等. 周林频谱仪照射预防 PICC 致机械性静脉炎临床护理研究 [J]. 吉林医学, 2014, 35(19): 4352-4353.

[17] 张慧敏, 陈毓雯, 王敏, 等. 经特殊部位外周静脉穿刺置入中心静脉导管在血液病患儿中的应用 [J]. 解放军护理杂志, 2015, 32(15): 66-69.

(收稿日期: 2017-02-21 修回日期: 2017-04-28)

• 临床探讨 •

心理护理结合保健操训练对听力下降患者听力及语言交流能力的影响

胡 敏, 李彩红, 罗 甜, 杨 莎

(武汉大学中南医院耳鼻咽喉头颈外科, 武汉 430071)

摘要:目的 观察心理护理结合保健操训练对听力下降患者听力及语言交流能力的影响。方法 将该院 2015 年 1—12 月收治的 86 例听力下降患者作为研究对象,按就诊日期分为观察组与对照组,各组 43 例,对照组给予常规护理模式,观察组给予心理护理结合保健操训练,比较两组患者的护理效果。结果 干预后观察组抑郁评分、焦虑评分明显下降,与对照组比较差异有统计学意义($P < 0.05$);干预后观察组患者的语言频率听力低于干预前和对照组,而语言识别率则高于干预前和对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);两组患者干预前听力损失程度比较差异无统计学意义($P > 0.05$),但观察组干预后老年听力障碍量表筛查版评分低于干预前和对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 心理护理结合保健操训练对听力下降患者听力及语言交流能力具有积极影响,值得临床借鉴和推广。

关键词:心理护理; 保健操训练; 听力下降; 语言交流能力

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.16.041 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)16-2441-03

我国老龄化进程加剧迅速,老年人因身体机能下降,易受多种疾病的困扰,听力下降是老年人易患的主要疾病之一^[1]。听力下降现象不仅影响老年人的正常生活,也对老年人的记忆、语言交流能力及心理健康产生较大影响,同时也增加了家庭及社会的负担。由于我国保健服务、老年人自身观念及知识水平等原因,听力下降并未引起足够的重视,且听力康复措施单一^[2]。所以,对听力下降老年人群开展康复措施以延缓或改

善听力功能至关重要。本研究采用心理护理结合康复保健操对听力下降患者进行干预,取得了较好的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 1—12 月本院收治的 86 例听力下降患者作为研究对象,按照就诊日期分为两组,观察组 43 例(2015 年 1—6 月),男 16 例,女 27 例;平均年龄(69.79±3.03)岁。对照组 43 例(2015 年 7—12 月),男 14 例,女 29 例,平均

年龄(70.31±3.37)岁。两组患者基础资料比较差异均无统计学意义($P>0.05$),见表 1。本研究经本院伦理委员会批准,所

有入组患者均签署知情同意书。

表 1 两组患者基础资料比较(n)

组别	n	视力情况			听力下降程度		学历	
		良好	略有下降	明显下降	轻度	中度	初中及以下	高中及以上
观察组	43	33	10	0	23	20	25	18
对照组	43	31	12	0	22	21	27	16
χ^2			-0.583		0.151		0.625	
P			>0.05		>0.05		>0.05	

1.2 纳入和排除标准

1.2.1 纳入标准 年龄大于或等于 60 岁;听力下降程度为轻、中度者^[3];均为双耳听力下降;患者或家属对本研究知情同意。

1.2.2 排除标准 严重慢性疾病者;瘫痪等失去自理能力者;因外伤、耳畸形、自身免疫疾病等原因导致的听力下降者;无法配合完成本项研究者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 给予健康教育,包括听力认知教育、听力基础知识、听力保健知识、助听器相关知识等。

1.3.2 观察组 在对照组基础上同时给予心理护理结合耳保健操干预。(1)心理护理。①心理评估:入组后,邀请心理专家对患者进行心理评估,并给出评估结果,对每位患者的心理护理给予意见,并由护士去执行,对于伴有较严重心理障碍者,由心理专家首先进行干预,改善后由护士按照心理护理意见进行干预。心理护理根据患者情况,30 分/次,1~3 次/周^[4]。②心理讲座:在心理专家评估完患者心理情况后,每个月月底举行一次心理专题讲座。其内容包括分析患者产生抑郁、焦虑等不良情绪的原因,缓解不良情绪的方法,增强患者战胜疾病的信心等。因患者均为听力下降者,讲座时要求专家多使用图片或动画形式,以提高干预效果。③患者及家属俱乐部:俱乐部成员由患者、陪护家属、护士、心理专家组成,每 2 周开展 1 次活动,时间为 13:00~17:00,活动形式可为室内小游戏、室外体育锻炼等,使其放松心情,回归社会,培养积极的生活态度。同时俱乐部的成立主要为陪护家属提供交流的机会,方便与其他陪护家属进行护理经验交流,分享康复经验,增强陪护家属的信心。(2)耳保健操。耳保健操内容主要是总结文献中零散的保健操做法编制而成,内容主要包括耳廓及耳膜按摩手法。耳保健操设计后经过 4 名专家咨询并将其录制成视频,包括中医耳鼻喉医师、西医耳鼻喉医师、物理康复治疗师、护理专家。耳保健操具体做法如下^[5]:第 1 节为搓手心、捂耳廓,第 2 节为按压耳廓,第 3 节为揉搓耳廓,第 4 节为按摩耳垂,第 5 节为按压耳屏,第 6 节为鸣天鼓,第 7 节为轻拍耳廓。每节做 4 个 8 拍,每天 2 次,每次约 8 min,共实施 3 个月。由护士指导或按照视频进行训练。

1.4 效果评价

1.4.1 心理状况评定 采用焦虑自评量表(SAS)评分:SAS 由 20 个条目组成,按 Liket 4 级评分制。1 分:从来都无或少有,2 分:部分时间有,3 分:相当多的时间有,4 分:绝大部分或全部时间都有。标准分越高,焦虑程度越严重。轻度焦虑:50~60 分,中度焦虑:>60~70 分,重度焦虑:>70 分。抑郁

自评量表(SDS)评分:SDS 由 20 个条目组成,采用 Liket 4 级评分制。1 分:从来都无或偶尔有,2 分:有时有,3 分:经常有,4 分:全部时间都有。标准分越高,抑郁程度越严重。轻度抑郁:50~60 分;中度抑郁:>60~70 分,重度抑郁:>70 分。量表的 Cronbach's α 系数为 0.875。

1.4.2 语言交流能力 根据参考文献^[6]测量患者语言频率平均听力、语言识别率。

1.4.3 听力下降程度 采用老年听力障碍量表筛查版(HHIE-S)评分测量患者听力下降程度,本研究称为主观听力,HHIE-S 有 10 个题目,包括社交场景 5 题,情绪 5 题。最高分 40 分,最低分 0 分,将 10 个问题的得分相加即得到 HHIE-S 得分。本研究使用由中国学者测评信效度较高的中文版 HHIE-S^[7],量表情感和适应社会能力 2 个维度的 Cronbach's α 系数分别为 0.889 和 0.924,总 Cronbach's α 系数为 0.935。

1.5 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计学软件进行数据处理,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,两独立样本均数比较采用 t 检验;平均值差异性检验采用 Z 检验;计数资料以百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。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、后心理状况比较 见表 2。干预前观察组和对照组患者 SDS、SAS 评分均较高,差异无统计学意义($t=0.312, 0.609, P>0.05$);干预后观察组 SDS、SAS 评分明显下降,与对照组比较,差异有统计学意义($t=4.374, 4.608, P<0.05$)。

表 2 两组患者干预前、后心理状况比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别		SAS	SDS
观察组	43 干预前	47.95±7.09	49.13±8.53
	干预后	35.09±3.70	36.72±4.37
对照组	43 干预前	47.71±7.20	48.57±8.21
	干预后	46.16±6.74	48.59±7.42

2.2 两组患者语言频率听力、语言识别率比较 见表 3。干预后观察组患者的语言频率听力低于干预前和对照组,而语言识别率高于干预前和对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。干预前两组语言频率听力和语言识别率差异均无统计学意义($t=0.794, 0.532, P>0.05$);干预后两组语言频率听力和语言识别率差异有统计学意义($t=6.097, 7.184, P<0.05$)。

2.3 两组患者听力损失情况比较 见表 4。两组患者干预前听力损失轻/中度人数比较差异无统计学意义($P>0.05$),观

察组干预后 HHIE-S 评分低于对照组和干预前, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。干预前两组听力损失轻/中度人数和 HHIE-S 评分差异均无统计学意义 ($\chi^2 = 0.684, t = 0.473, P <$

0.05); 干预后两组听力损失轻/中度人数差异无统计学意义 ($\chi^2 = -0.985, P > 0.05$), 两组 HHIE-S 评分差异有统计学意义 ($t = 8.093, P < 0.05$)。

表 3 两组患者语言频率听力、语言识别率比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	语言频率听力 (dB)		t	P	语言识别率 (%)		t	P
		干预前	干预后			干预前	干预后		
对照组	43	39.96 ± 12.80	39.02 ± 11.69	-0.976	>0.05	81.84 ± 6.02	82.82 ± 4.97	-0.617	>0.05
观察组	43	38.90 ± 11.72	33.61 ± 11.64	11.254	<0.05	82.70 ± 5.95	92.02 ± 3.13	-14.674	<0.05

表 4 两组患者听力损失情况比较

组别	n	听力损失轻/中度人数 (n/n)		χ^2	P	HHIE-S 评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)		t	P
		干预前	干预后			干预前	干预后		
对照组	43	22/21	24/19	-1.034	>0.05	14.30 ± 4.11	13.96 ± 4.03	1.436	>0.05
观察组	43	23/20	25/18	-0.732	>0.05	15.62 ± 5.08	5.59 ± 4.62	-10.942	<0.05

3 讨论

听力下降是老年人群高发病, 且随着老年人年龄的增长有增加趋势, 对老年人的记忆、认识、心理及生活质量均产生严重影响。心理与听力下降程度密切相关, 不良的情绪改变会导致听力下降程度加重, 而听力下降程度又会加重患者不良情绪的变化^[8]。因此, 在采取有效康复措施改善患者听力功能的同时, 加强患者的心理干预对于患者的治疗具有积极的影响。

3.1 心理护理对听力下降老年患者的影响 本研究结果显示, 干预后观察组抑郁评分、焦虑评分明显下降, 与对照组比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。由此表明有效的心理护理对于改善患者的心理状况具有积极的影响, 这主要是由于采用心理干预后, 使患者接受了全面的相关知识及健康指导, 并通过与医护的交流, 掌握了正确的自我护理方法, 增强了信心, 从而使其产生了正向心理应激。同时, 患者及家属俱乐部的建立, 使老年人由孤独或与配偶交流的生活环境转换到社会及同龄人的生活中, 增加了社会归属感, 增强了治疗的信心, 更好地改善了患者的负性情况, 促进治疗效果提高。

3.2 耳保健操对听力下降老年患者的影响 本研究结果显示, 耳保健操干预后观察组患者的语言频率听力低于干预前和对照组, 而干预后观察组患者语言识别率高于干预前和对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 且观察组干预后 HHIE-S 评分低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。由此表明耳保健操可以提高患者的听力功能及语言交流能力, 与以往研究结果一致^[9], 这主要是由于通过耳朵及鼓膜按摩, 如按摩耳廓耳垂、敲击鸣天鼓、振动鼓膜等, 可促进耳部器官的血液循环, 延缓耳聋的发展, 从而改善语言频率听力^[10]。同时耳保健操的视频以普通话为主, 在患者每日进行训练过程中, 都要反复重复听口号执行动作, 反复接受声音刺激, 逐渐适应了所处环境, 从而提高了语言交往能力。

综上所述, 临床护理中应用心理护理结合保健操训练能够大大提高听力下降老年人的听力功能及语言交流能力, 促进其不良情绪发生正性改变, 有助于提高患者的治疗效果。

hearing impairment and Self-Reported difficulty in physical functioning[J]. J Am Geriatr Soc, 2014, 62(5): 850-856.

[2] 刘会, 陈雪萍, 王花玲, 等. 耳保健操对听力下降老年人听力的影响[J]. 中华护理杂志, 2016, 51(4): 449-453.

[3] 胡娴亭, 黄治物, 陈建勇, 等. 听力障碍筛查量表用于老年人群听力筛查分析[J]. 听力学及言语疾病杂志, 2014, 22(3): 230-234.

[4] 何丽, 陶丽, 刘辉, 等. 高氧液结合心理护理综合治疗对突发性耳聋疗效观察与分析[J]. 河北医药, 2014, 36(16): 2550-2551.

[5] 丛珊, 李琳, 林海超, 等. 跨理论模型和动机性访谈心理干预对老年听力障碍患者助听效果的影响[J]. 听力学及言语疾病杂志, 2016, 24(2): 176-179.

[6] 周其友, 冀飞. 老年性聋的听力干预及相关研究[J]. 中华耳科学杂志, 2012, 10(3): 321-324.

[7] 汪国庆, 李朝军, 官文君, 等. 筛选型老年听力障碍量表的研译及其信度和效度评价[J]. 听力学及言语疾病杂志, 2014, 22(6): 568-572.

[8] 金建华, 马婕, 郑巍, 等. 主观性耳鸣微波治疗疗效相关因素分析[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2012, 26(6): 582-583.

[9] Lin FR, Ferrucci L. Hearing loss and falls among older adults in the United States[J]. Arch Intern Med, 2012, 172(4): 369-371.

[10] Lin FR, Yaffe K, Xia J, et al. Hearing impairment and cognitive decline among older adults[J]. JAMA Intern Med, 2013, 173(4): 293-299.

(收稿日期: 2017-02-20 修回日期: 2017-04-27)

参考文献

[1] Chen DS, Genther DJ, Betz J, et al. Association between