

# 心理支持护理在带状疱疹住院患者中应用价值

秦亚丽

**【摘要】** 目的 探讨心理支持护理干预在带状疱疹住院患者中实施价值。方法 选取 2017 年 2 月—2018 年 1 月我院住院收治的 94 例带状疱疹患者作为研究对象,用随机分组表分为心理组(心理支持护理,47 例)和基础组(常规护理,47 例),比较两组患者入院时及护理干预 30 d 后不良情绪、疼痛及护理满意度。**结果** 干预前,两组患者 HAMA、SDS、VAS 评分无显著差异( $P>0.05$ );干预 30 d,相对基础组,心理组患者 HAMA、SDS、VAS 评分显著降低( $P<0.05$ )。心理组患者护理满意度显著高于基础组[97.87% vs. 80.85%, $P<0.05$ ]。**结论** 带状疱疹患者中实施心理支持护理,能协助患者减轻不良情绪,降低患者疼痛感觉,提高患者护理满意度。

**【关键词】** 心理支持; 带状疱疹; 心理支持护理

[中图分类号]R473.75 [文献标识码]A DOI:10.3969/j.issn.1002-1256.2019.16.050

带状疱疹为水痘-带状疱疹病毒引起皮肤科常见疾病,好发于免疫功能下降患者,以发热、乏力、烧灼感、神经痛为主要表现和体征,影响患者健康、生活质量<sup>[1]</sup>。且长时间的病痛折磨导致患者出现绝望、焦躁等负面心理情绪,降低患者治疗依从性,从而影响治疗效果。研究指出,带状疱疹患者疼痛较明显,且临床镇痛效果较为局限,对患者心理造成严重影响<sup>[2]</sup>。心理干预是采用心理相关理论和技术,以消除或缓解身心负面症状的过程。因此,本研究选取 2017 年 2 月—2018 年 1 月本院收治的 94 例带状疱疹患者为研究对象,对患者进行心理支持护理,以研究心理支持护理对带状疱疹患者不良情绪、疼痛情况和护理满意度等的影响,现报道如下。

## 一、资料与方法

1.一般资料:选择 2017 年 2 月—2018 年 1 月本院收治的

94 例带状疱疹患者作为研究对象,用随机分组表分为心理组(47 例)和基础组(47 例)。两组患者在男/女、年龄、病程、文化程度等基本临床资料方面无显著差异( $P>0.05$ )。两组患者均采用盐酸伐昔洛韦片(北京双鹭药业股份有限公司;国药准字 H20066947)口服给药,两组在基本资料和治疗方式相似,具有可比性,具体数据资料详见表 1。(1)纳入标准:①患者诊断符合《带状疱疹诊治指南》<sup>[3]</sup>;②与患者沟通交流后,患者了解此次研究和干预方法、目的,同意配合实施本次研究,并签署同意书。(2)排除标准:①合并有皮肤系统其它严重疾病,如重症感染、皮肤癌;②精神病史、痴呆、语言和听力障碍等不能完全配合实施护理患者;③对本次研究量表不能独立进行填写患者。纳入本次研究的患者在获取医院伦理委员会同意的的基础上,均已经征得患者及患者家属同意。

表 1 两组患者一般临床资料比较

组别	男/女(例)	年龄 ( $\bar{x}\pm s$ ,岁)	病程 ( $\bar{x}\pm s$ ,d)	文化程度(例)		
				初中及以下	高中或职高	大专及以上
心理组( $n=47$ )	28/19	43.8±8.4	2.6±0.8	26	15	6
基础组( $n=47$ )	25/22	42.9±9.6	2.8±0.9	27	13	7
$\chi^2/t$ 值	0.389	0.4837	1.2119		0.2386	
$P$ 值	0.533	0.6298	0.2286		0.8875	

2.方法:(1)基础组:予以患者进行常规治疗和基础护理。具体为:积极和患者进行沟通,介绍科室环境、医疗团队一般情况,向患者讲解带状疱疹相关健康知识,配合患者对患者实施药物或护理干预,给予患者鼓励和支持,疏导患者不良情绪。(2)心理组:在基础组的基础上予以患者实施心理支持护理干预。具体为:①带状疱疹患者往往皮肤持续灼热感、神经疼以致使患者彻夜难眠,负面情绪严重。及时评估患者心理状况、是否有心理障碍、心理障碍类型及心理障碍程度,根据患者评估结果实施个性化护理计划、疏导患者不良情绪。②外向投射性心理反射:指病人在遇到自己不能接受的意念

或遭受挫折时将原因完全归结于客观情况称为外向反射心理反应。通过建立良好医患关系,鼓励、关系建立外向投射性心理反射,具体为,每天和患者进行 15~20 min 沟通,沟通话题不定,主要听患者倾诉为主,不必刻意引导患者,通过患者主动表述了解患者对疾病态度,并评估患者疾病对心理造成影响。心理类型评估后,通过健康知识宣教、护理干预等措施积极与患者建立良好关系,同样通过交流沟通方式,了解患者对疾病治疗期望度,在护理过程中通过语言、动作等方式不定时对患者进行鼓励。③内向投射心理反射:指自我压制,压抑不能接受的意念、情感和冲动称为内向投射心理反应。通过情感支持、鼓励,继续治疗帮助患者建立内向投射心理反射,具体如下,护理人员每天定时和患者进行交流,每天交流 1 次,

每次交流 15~20 min, 交流沟通内容涉及各个方面, 包括患者疾病、生活、情绪等, 以医务人员引导交流为主, 交流过程中同时解答患者疑惑, 疏导患者心理。同时发动患者家属、亲朋多看望患者、陪伴患者, 同样加强和患者进行交流沟通。④无水疱给予冷或冰敷患处, 或通过注意力转移(看电视、聊天等途径)减轻患者疼痛感觉, 若患者无法耐受疼痛可适当给予止痛药。

3. 观察指标: (1) 通过 HAMA 焦虑量表、SDS 抑郁自评量表以及 VAS 疼痛评分量表对患者护理前后的不良情绪状况以及疼痛状况进行评估对比; 专业培训护理人员采用汉密顿焦虑量表(HAMA)和抑郁自评量表(SDS)评估患者焦虑、抑郁情绪, HAMA 评分 > 17 分为有交流, SDS 评分 > 11 分有抑郁, 两者得分越高表示不良情绪越重<sup>[4]</sup>, VAS 疼痛评分在标尺卡上标注 0~10 分, 按照刻度尺内容设计, 10 分为不能忍受

疼痛, 0 分为无疼痛, 患者根据自身疼痛主观情况进行评分<sup>[5]</sup>。(2) 通过调查问卷的方式对两组患者的护理工作满意度情况进行统计学分析。(3) 护理满意度评价: 参照相关文献<sup>[6]</sup>, 在干预 30 d 后进行评分, 对就医体验、护理服务态度、护理技术等 8 项内容, 总分 0~50 分, 根据得分分为非常满意(40~50 分)、满意(30~39 分)、不满意(0~29 分)。

4. 统计学处理: 采用 SPSS 24.0 统计软件包对此次获得数据进行分析, 以( $\bar{x} \pm s$ )表示年龄、病程、不良情绪、疼痛指标, 用 *t* 检验。两组护理满意度以 [*n*(%) ] 表示, 比较采用  $\chi^2$  检验。检验水准  $\alpha = 0.05$ 。

二、结果

1. 不良情绪、疼痛评分比较: 干预前, 两组患者 HAMA、SDS、VAS 评分无显著差异( $P > 0.05$ ); 干预 30 d, 相对基础组, 心理组患者 HAMA、SDS、VAS 评分显著降低( $P < 0.05$ ), 见表 2。

表 2 两组患者不良情绪和疼痛评分(分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	HAMA		SDS		VAS	
	干预前	干预 30 d	干预前	干预 30 d	干预前	干预 30 d
心理组 ( <i>n</i> = 47)	23.5 ± 3.2	19.7 ± 2.8	25.4 ± 4.1	21.1 ± 3.5	5.1 ± 1.2	2.6 ± 0.8
基础组 ( <i>n</i> = 47)	23.1 ± 3.9	22.7 ± 4.5	25.8 ± 4.6	25.9 ± 5.5	5.0 ± 1.3	3.4 ± 0.9
<i>t</i> 值	0.5436	3.8806	0.4450	5.0477	0.3875	4.5546
<i>P</i> 值	0.5880	0.0002	0.6573	0.0000	0.6993	0.0000

2. 两组护理满意度比较: 相对基础组, 心理组患者护理满意度显著提高[97.87% vs 80.85%,  $P < 0.05$  ]。见表 3。

表 3 两组患者护理满意度比较[*n*(%) ]

组别	非常满意	满意	不满意	满意度
心理组 ( <i>n</i> = 47)	29	17	1	46(97.87)
基础组 ( <i>n</i> = 47)	14	24	9	38(80.85)
$\chi^2$ 值				5.4833
<i>P</i> 值				0.0192

讨论 带状疱疹患者为水痘-带状疱疹病毒感染性疾病, 病毒感染后侵袭并寄居于患者神经细胞, 引起神经细胞异常放电, 而引起患者表现出特有神经痛。有研究指出, 神经痛为带状疱疹患者特点、强烈临床表现, 临床中常用镇痛药物效果不明显<sup>[7]</sup>。疼痛不仅能反射性引起患者内分泌、神经调节失衡, 还能影响患者产生不良情绪, 进一步加重患者生理功能紊乱。有研究指出, 不良情绪可引起患者交感神经兴奋, 儿茶酚胺分泌增加, 能升高患者血压、增快患者心率, 破坏患者内环境<sup>[8]</sup>。同时另有研究指出, 不良情绪能影响患者对疾病认知度, 影响患者治疗积极性和依从性<sup>[9]</sup>。有学者分析疼痛与不良心理相关性, 发现不良心理越重患者疼痛阈值越低, 对疼痛感知越强, 而疼痛反之能加重患者不良心理, 形成恶性循环<sup>[10]</sup>。对带状疱疹患者实施心理护理, 通过患者入院后对患者心理状况进行评估, 为患者制定护理计划; 患者住院期间多与患者沟通, 发现患者的心理问题及存在的关于疾病的看法, 针对患者存在的问题, 针对性的进行心理疏导, 从而缓解患者不良情绪, 提升患者治疗积极性。

根据本研究结果得出, 心理支持护理干预后可显著减轻患者焦虑、抑郁情绪, 减轻患者疼痛( $P < 0.05$ )。心理支持护理基于心理学, 将患者性格分为内向、外向两种类型实施不同

护理干预, 体现心理干预和护理干预专业性、针对性, 进而协助患者减轻不良情绪和疼痛。有学者在带状疱疹患者中同样进行心理疏导护理干预, 有效减轻患者不良情绪和神经疼痛<sup>[11]</sup>。与易巧玲<sup>[12]</sup>等报道的研究组治疗总有效率为 93.18%(41/44), 对照组治疗总有效率为 78.05%(32/41), 两组比较差异性显著( $P < 0.05$ ), 护理后两组患者的 VAS 评分均显著下降, 但研究组护理后的 VAS 评分显著低于对照组, 两组比较差异性显著( $P < 0.05$ )的研究结果基本一致。本研究结果得出, 相对基础组, 心理组患者满意度显著提高( $P < 0.05$ )。

综上所述, 带状疱疹患者中实施心理支持护理, 能协助患者减轻不良情绪, 降低患者疼痛感觉, 提高患者护理满意度。

参 考 文 献

- [1] 杜玉敏, 任玉娥, 丛海静, 等. 疼痛护理干预应用于带状疱疹后神经痛的效果评价[J]. 护士进修杂志, 2016, 31(15): 1394-1396.
- [2] 黄瑛, 马万里, 伍艺仪, 等. 中药药敷护理对火针结合中药内服治疗带状疱疹的疗效影响[J]. 实用医学杂志, 2016, 32(14): 2407-2409.
- [3] 田刚, 孙转兰. 带状疱疹的诊疗指南研究[J]. 中国民族医药杂志, 2017, 23(11): 30-31.
- [4] 叶瑞繁, 耿庆山, 陈剑, 等. 3 种焦虑评定量表在综合医院门诊患者中的应用比较[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2013, 22(3): 271-273.
- [5] 赵英. 疼痛的测量和评估方法[J]. 中国临床康复, 2002, 6(16): 2347-2349, 2352.
- [6] 许芸, 谢小华, 曾小英, 等. 出院随访系统在住院患者护理满意度调查中的应用[J]. 中国实用护理杂志, 2013, 29(11): 68-69.
- [7] 翁艺真, 林美芳. 个性化护理干预对老年带状疱疹患者疼痛症状及满意度的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2016, 22(11): 36-37.
- [8] 吴夏波, 宁林. 个性化护理干预对带状疱疹患者神经痛及负面情绪的影响[J]. 河北医学, 2016, 22(9): 1569-1571, 1572.
- [9] 杜建荣, 白美蓉, 张露, 等. 32 例老年糖尿病合并带状疱疹中西医结合治疗的护理体会[J]. 贵阳中医学院学报, 2016, 38(2): 85-86.

[10] 吴海娟.美罗华治疗淋巴瘤并发带状疱疹的护理[J].实用临床医药杂志,2015,19(22):193-194. [J].中外女性健康研究,2016,60(20):83+89. (收稿日期:2019-03-21)

[11] 林杰,薛琳,叶理,等.41例带状疱疹神经运动性麻痹致排泄困难的护理对策[J].实用皮肤病学杂志,2018,11(1):42-43. (本文编辑:李林)

[12] 易巧玲.心理护理在带状疱疹后遗神经痛患者中的应用价值

## FCC 模式的个性化健康教育对毛细支气管炎患儿家属照顾水平及护理工作满意度的影响

秦园园

**【摘要】** 目的 分析以家庭为中心(FCC)模式的个性化健康教育对毛细支气管炎患儿家属照顾水平及护理工作满意度的影响。**方法** 选取2016年5月—2018年8月本院收治的毛细支气管炎患儿90例作为研究对象,按随机数表法分为观察组与对照组两组,每组各45例。对照组开展常规模式健康教育,观察组在上述基础上予以FCC模式的个性化健康教育,比较两组干预前后家属对患儿的照顾水平及家属护理工作满意度。**结果** 干预后观察组雾化方法、疾病防治、饮食护理、日常生活护理等优于对照组( $P < 0.05$ ),观察组家属护理工作满意度(95.56%)高于对照组(77.78%)( $P < 0.05$ )。**结论** FCC模式的个性化健康教育应用于毛细支气管炎患儿,可显著提高患儿家属照顾水平,提升家属对护理工作的满意度。

**【关键词】** 以家庭为中心模式; 毛细支气管炎; 家属照顾水平; 家属护理工作满意度

[中图分类号]R473 [文献标识码]A DOI:10.3969/j.issn.1002-1256.2019.16.051

毛细支气管炎属于小儿常见的急性下呼吸道感染性疾病,主要表现为干咳、发热等,若未得到及时治疗,可诱发肺炎、肺水肿等严重并发症,对患儿生长发育及生命健康造成严重威胁。目前,针对毛细支气管炎患儿临床主要以控制感染、对症治疗为主,临床实践发现,在药物治疗过程中配合一定护理措施,尤其是加强患儿家属健康教育对疾病康复至关重要<sup>[1]</sup>。以家庭为中心(Family centered care, FCC)模式的个体化健康教育是以家庭为中心开展的一种具有针对性的健康教育,可显著提高患儿家属疾病认知度,进而提升家属照顾水平,缓解患儿病情<sup>[2]</sup>。基于此,本研究选取90例毛细支气管炎患儿进行了FCC模式的个性化健康教育对患儿家属照顾水平及护理工作满意度的影响。具体报道如下。

### 一、资料及方法

1.一般资料:选取2016年5月—2018年8月本院收治的毛细支气管炎患儿90例作为研究对象,按随机数表法分为观察组与对照组两组,每组各45例。对照组中男25例,女20例;年龄0.5~5.2岁,平均(3.42±0.58)岁;病程1~7d,平均(3.87±1.28)d。观察组中男24例,女21例;年龄0.5~6.0岁,平均(3.70±0.62)岁;病程1~7d,平均(3.98±1.36)d。两组患儿的一般资料比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。此研究已经取得本院伦理委员会审批通过。纳入标准:(1)符合2014年版《毛细支气管炎诊断、治疗与预防专家共识》<sup>[3]</sup>相关毛细支气管炎诊断标准;(2)年龄≤6岁;(3)患儿家属具有良好沟通能力;(4)签署研究同意书。排除标准:

(1)患儿家属听力、认识、语言功能障碍者;(2)患儿家属存在精神系统疾病者;(3)严重心肝肾等脏器功能异常者;(4)全身感染性疾病者。

2.方法:给予所有患儿进行常规抗感染、对症治疗等,在此基础上予以两组不同干预措施。对照组施行常规模式健康教育,口头宣教,发放相关健康知识手册,开展健康教育讲座,1次/周,出院前交代居家注意事项。观察组在对照组基础上给予FCC模式的个性化健康教育,具体措施如下:(1)宣教对象:患儿父母、祖父母或长期看护人。(2)教育方式:个体化教育、集体讲座、口头教育、宣传手册等方式进行相关知识宣教。(3)具体内容:①基本情况评估:积极与患儿家属沟通,了解其心理、认知、接受能力及家庭基本情况,并根据实际情况进行具有针对性的个性化健康教育;②教育时机选择:儿童为特殊住院群体,一般至少两名家属看护,选择家庭人员都在情况下进行健康宣教,避免宣教时因照顾患儿而缺席;③健康教育内容:相关疾病发病原因、临床表现、治疗措施、注意事项、药物不良反应、护理重要性、预防方法、饮食指导等;④家庭共同参与治疗:充分调动家属积极性参与患儿治疗过程,告知家属雾化吸入治疗重要性与必要性,雾化结束后,利用温开水对雾化面罩进行消毒;向患儿家属演示排痰护理,并讲解拍背方法与重要性,患儿咳嗽时采取头低前倾位,利于排出痰液;指导家属密切观察患儿体征及病情,一旦发现异常,立即报告医生;⑤出院指导:指导患儿家属,日常注意患儿保暖,随天气变化及时增添衣物;患病期间,饮食以半流质为主,增加机体水分;充分补充营养,以少食多餐,清淡饮食、营养均衡为原则;保持家庭良好环境,房间通风,空气清新湿润,防止过分干燥。