

院康复医学科应积极探求有效的盈利模式,这样才会获得社会的认可,政策的倾向和人才的引入。《卫生部建立完善康复医疗服务体系试点工作方案》提到鼓励社会资本的参与,构建完善的康复医疗服务,满足群众不同层次医疗服务需求。

康复科医生、治疗人员应主动与神经科、骨科、急诊科等医护人员加强工作学习交流,让他们熟悉康复收治对象,了解康复医学科的功能评定和治疗技术,只有让他们清楚康复医学科的工作,才会有康复价值的患者转诊入住到康复医学科。同时可以聘请相关科室的主任作为康复医学科临床顾问,定期请他们到康复医学科查房会诊,以此增强了解与交流。康复医学科派医师、治疗师深入病房,共同参与相关科查房,为病伤急性期康复提供咨询或床旁治疗^[6]。

3.3.4 加强社会宣传力度:很长时间以来,各个医院对自己康复医学科的宣传不够,很多患者不知道有这样的科室存在或是认为康复就是疗养、娱乐^[8]。应利用综合医院在地区医疗服务的先有优势加强院内对患者及其家属的宣教,或是利用各类媒体进行有效的平面宣传。

3.3.5 学习国内外康复医疗机构先进的管理和技术:加强向国内康复医学发展较好的省份地区的医疗机构学习,考察他们的管理模式,学习其先进的治疗技术。同时加强与国际康复医疗机构的联系,邀请知名专家进行学术研讨,邀请这些机构的康复治疗志愿者到本科室工作。

国务院、卫生部的各类规定或法令文件对康复医学科的

性质、功能、构成、人员、设备的设置、诊疗水平和质量等提出了具体的要求,各类的扶持工作方案为综合医院康复医学科建设与发展创造了积极有利的条件。相信在各级领导的带领和支持下,通过康复从业人员的不懈努力,会使山东省的康复医学事业走在全国的前列。

参考文献

- [1] Glen Gillen. Stroke Rehabilitation: A Function-Based Approach [M]. 3rd. St. Louis: Mosby, 2010: 67—68.
- [2] 卫生部. 综合医院康复医学科管理规范[J]. 中国康复医学杂志, 1996, 11(4): 145—146.
- [3] 黄永禧, 徐本华, 戴红, 等. 北京地区综合医院康复医学科建设现状和对策[J]. 中国康复医学杂志, 1998, 13(4): 173—174.
- [4] 卫生部. 卫生部办公厅关于开展建立完善康复医疗服务体系试点工作的通知[EB/OL]. <http://www.moh.gov.cn/>, 2011-8-30.
- [5] 刘翠, 杜萍, 田梅梅等. 康复医学专业技术人员现状及其思考[J]. 中国医院, 2008, 12(8): 66—68.
- [6] 贺庆军, 韩梅, 何成奇. 四川省康复医学基本情况调查结果分析[J]. 中国临床康复, 2004, 8(2): 361.
- [7] 王斌, 王冰水, 刘卫. 对康复医学科专业教学方向定位的思考[J]. 中国康复医学杂志, 2006, 21(3): 257—258.
- [8] 林伟, 连燕烈, 叶洪清, 等. 浙江省康复医学科现状调查和发展探讨[J]. 中国康复医学杂志, 2000, 15(4): 245—246.
- [9] 余秀君, 张卫东, 何成奇. 康复医学科在大型综合医院生存与发展[J]. 现代预防医学, 2006, 33(12): 2392—2394.

· 康复护理 ·

康复护理干预对脊髓损伤患者心理状态和生存质量的影响

李淑琴¹ 唐洁¹ 罗兴利¹

脊髓损伤导致截瘫是一种常见的严重创伤,是严重致残的原因之一,预后较差^[1]。脊髓损伤患者需要终身进行康复训练,而康复训练的正确与否直接关系到患者的心理健康和生存质量,甚至直接影响到患者的生存时间。因此,如何应用康复护理干预和心理干预措施正确引导患者积极康复,充分发挥残存功能的代偿功能对脊髓损伤患者来说非常重要。本文将我院今年4月收治的因“5·12”汶川特大地震致

脊髓损伤患者3周年后的心理状况和生存质量等相关因素进行分析并实施护理干预措施,取得较好效果,现报道如下:

1 资料与方法

1.1 研究对象

我院2011年4月收治的因“5·12”汶川特大地震致脊髓损伤患者79例,其中男性42例,女性37例;年龄19—72岁

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2012.07.019

1 四川省八一康复中心四川省康复医院护理部,四川成都市温江区永宁镇八一路81号,611130

作者简介:李淑琴,女,副主任护师;收稿日期:2011-10-09

(42.5 ± 15.6岁);文化程度:文盲1例,小学37例,高中28例,大学及以上学历13例。

1.2 方法

1.2.1 心理干预:根据患者情绪障碍的严重程度分次、分阶段进行认知行为治疗,轻中度患者每两周1次,重度患者每周1次,每次1h。具体措施为:①采取单独晤谈的方式,及时了解患者的心理变化,评估患者的心理状态和需求。②制定治疗目标,识别患者的不良认知,找出他们最迫切希望解决的问题,引导他们识别不良认知,纠正消极应对方式,重新认知、重建理性观念,改善情绪障碍,养成遇到问题采取积极应对、及时解决的方式。③通过与患者的沟通交流,观察患者的心理反应,详细了解分析患者抑郁发生的生理、心理和社会因素,用自己的语言、表情、行为去影响和改善患者的不良心态,给予强有力的精神支持。④及时调整患者的心态,消除诱因,帮助患者建立正常的情绪反应模式^[7],鼓励患者勇敢地面对现实,树立起战胜疾病的信心,以积极的心态对待人生。⑤采用心理疏导,促进患者建立主动认知模式^[8],鼓励患者通过各种方式发泄心中的痛苦,同时鼓励他们积极参加各种文体活动,努力学习各种技能以适应以后的残障生活。⑥积极调动社会支持系统,运用社会关系帮助其解决各种困难,让患者能安心进行康复训练,提高遵医行为,学会自己管理情绪,全面提高生存质量。

1.2.2 康复护理干预。

1.2.2.1 健康教育:对患者及家属采取通俗易懂的语言,与患者及家属共同制定健康教育计划,耐心向患者讲解有关疾病的知识、危险因素、预防措施等,介绍药物的用法、用途,说明用药目的,指导患者正确服药和进行功能训练,使患者对自己所患疾病有一个正确的认识和评价,改变其悲观的心理,提高遵医行为、从而提高与疾病作斗争的勇气。

1.2.2.2 神经源性膀胱的护理干预:对病员及家属讲解清洁导尿的重要性,清洁导尿的目的在于排空膀胱内尿液,改善膀胱壁的血液循环,预防由于尿潴留引起的进一步膀胱与肾损伤,预防尿路感染^[9];清洁间歇导尿主要适用于神经源性膀胱的患者,截瘫等各种原因引起的排尿困难或者尿潴留患者^[5];教会患者和家属进行清洁导尿。对于神经源性膀胱的健康教育包括:①讲解神经源性膀胱疾病知识;②介绍膀胱训练的方法、残余尿的测定方法及间歇性导尿的相关知识;③指导患者自我管理膀胱;④教会膀胱自我管理技术:制定饮水计划,按时记录排尿日记;⑤注意尿路感染及尿路结石等并发症的观察。采取随机教育、示范性教育的方式,让患者更多地了解疾病的相关知识,为重返社会打下基础^[6]。

1.2.2.3 饮食干预:指导患者合理膳食,进食高热量、高维生素、优质蛋白食物,多食新鲜蔬菜和水果,提高机体抵抗力,从而有利于患者进行康复训练,提高生存质量。

1.2.2.4 康复训练:按个体化治疗方案,协助治疗师进行常规康复训练。①肌力训练:重点是肌力2—3级的肌肉,可以采用渐进抗阻训练;②肌肉与关节牵张:包括腓绳肌牵张、内收肌牵张和跟腱牵张;③坐位训练:正确的独立坐位是进行转移、轮椅和步行训练的前提;④转移训练:包括独立转移和帮助转移;⑤步行训练:基础是坐位和站位平衡训练,中心转移训练和髋、膝、踝关节控制能力训练,包括社区功能性行走、家庭功能性行走和治疗性步行;⑥轮椅训练:上肢力量及耐力是良好轮椅操纵的前提;⑦膀胱控制训练:常用盆底肌练习法:主动收缩耻骨尾骨肌(肛门括约肌),每次收缩持续10s,重复10次,每日3—5次;⑧排尿反射训练:发现或诱发“触发点”,促进反射性排尿,常见“触发点”:叩击/触摸耻骨上区、牵拉阴毛、摩擦大腿内侧等,叩击时宜轻而快,避免重叩,叩击频率50—100次/min,叩击次数100—500次/日;另外,听流水声、热饮、洗温水浴等均为辅助性措施;⑨性功能的康复训练:脊髓损伤患者虽然失去了性兴奋点的控制,但仍然存在一定的性功能,指导患者及家属进行肛门电刺激训练促进性功能的康复。

1.3 评价方法

1.3.1 抑郁自评量表^[7](SDS):该量表由20个问题组成,其中10个为正向评分,10个为反向评分;20个项目所得粗分相加后乘以1.25后取整数部分,即得标准分。SDS标准分的分界值为53分,其中53—62分为轻度抑郁,63—72分为中度抑郁,72分以上为重度抑郁,此项是由患者自己填写,由心理咨询师评分。

1.3.2 焦虑自评量表(SAS):该量表也由20个问题组成,其中15个为正向评分,5个为反向评分;20个项目所得粗分相加后乘以1.25后取整数部分,即得标准分。按照中国常模结果,SAS标准分的分界值为50分,其中50—59分为轻度焦虑,60—69分为中度焦虑,69分以上为重度焦虑,此项是由患者自己填写,由心理咨询师评分。

1.3.3 ADL评分量表^[8-9]:评定内容包括大便、小便、进食、行走、转移、上下楼梯、洗澡、梳妆、如厕、穿衣10个项目。ADL能力分级正常为100分,0—20分为极为严重的功能缺陷,25—45分为严重的功能缺陷,50—70分为中度功能缺陷,75—95分为轻度功能缺陷^[10]。

1.3.4 生存质量(QOL)指数评定量表:包括身体功能、角色功能、情绪功能、社会功能及总体生存质量几方面。

上述各量表分别于干预前和干预后3个月进行评分记录。

1.4 统计学分析

所有资料通过收集整理均经SPSS16.0统计软件处理,采用均值 ± 标准差表示,使用t检验和χ²检验进行比对。

2 结果

干预后 SDS、SAS 评分均下降,与干预前比较差异有显著

性($P<0.05$)。见表 1。干预后 QOL 各项指标评分均明显增高,与干预前比较差异具有显著性意义($P<0.05$)。见表 2。

表 1 康复护理干预前后地震伤员抑郁、焦虑的比较

组别	例数	SDS								SAS							
		< 53		53—62		63—72		> 72		< 50		50—59		60—69		> 70	
		例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%
干预前	79	16	20.25	26	32.91	28	35.44	9	11.39	21	26.58	28	35.44	20	25.32	10	12.66
干预后	79	24	30.38	34	43.04	18	22.78	3	3.80	33	41.77	31	39.24	12	15.19	3	3.80
χ^2		7.84								8.59							
P		< 0.05								< 0.05							

表 2 康复护理干预前后地震伤员生存质量的比较

($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	躯体功能	角色功能	情绪功能	社会功能	生存质量
干预前	79	1.37 ± 0.31	1.22 ± 0.48	1.15 ± 0.42	1.03 ± 0.26	3.11 ± 0.72
干预后	79	1.76 ± 0.42	1.59 ± 0.50	1.52 ± 0.50	1.42 ± 0.53	4.03 ± 0.83
u 值		-6.61	-4.74	-5.07	-5.87	-7.45
P		< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

3 讨论

在“5·12”汶川特大地震 3 周年之际,我院将都江堰、汶川、德阳等地的因地震致脊髓损伤患者收入住院,发现患者不同程度的存在抑郁、焦虑等心理障碍,对健康教育知识掌握不够,膀胱管理能力和生活自理能力差,生存质量低下等问题,因此,采取康复护理干预和心理干预,有针对性地实施相应的干预措施,最终达到提高患者生存质量的目的。

地震伤员普遍出现抑郁、焦虑情绪,而抑郁症是一种以心境持续低落为主要特征的精神障碍^[1],是一组以表现为情绪低落、思维迟缓、意志要求减退,突出表现为情绪沮丧、悲伤、绝望孤独和自我贬值,对前途悲观失望,对完成任务缺乏信心,自以为难以为人,生不如死,易于产生自杀的企图。对于地震伤员来说,突如其来的特大地震不仅使他们的心灵受到巨大创伤,而且他们还承受着失去亲人的痛苦和巨大财产损失的打击,更为严重的是他们还将长期面对自身身体伤残带来的痛苦,所以存在一系列心理问题。实施心理干预,根据患者情绪障碍的程度分次、分阶段,有的放矢地进行心理疏导,让他们学会自我照顾、自我管理情绪,能够正确面对现实,接受残障生活,树立起重返社会的信心。表 1 显示,干预后 SDS、SAS 评分均下降,与干预前比较差异具有显著性意义($P<0.05$),患者抑郁、焦虑情绪明显改善。

患者缺乏脊髓损伤的相关知识,不能正确进行功能训练和康复训练,日常生活能力差,生存质量低下。实施康复护理干预对患者进行康复评定后针对个体进行相应的康复护理干预措施,有计划地进行功能训练和康复训练,引导患者

积极康复,充分发挥残存功能的代偿功能,提高患者日常生活能力和膀胱自我管理能力,从而提高患者的生存质量。

参考文献

- [1] 范萍.外伤性截瘫患者康复护理进展[J].天津护理,2010,18(3): 56—57.
- [2] 侯永花,穆俊林,张留莎.脑卒中患者抑郁情绪的心理干预及其意义[J].康复心理学杂志,2004,12(2): 146—147.
- [3] 唐丽莹,叶江洪,章亚娟,等.认知疗法对脑卒中后抑郁和认知障碍的疗效观察[J].解放军护理杂志,2002,19(4): 6.
- [4] 李琨,肖萍.脊髓损伤患者实施间歇导尿指征的研究[J].中国实用护理杂志,2009,25(10A): 35—37.
- [5] 应燕萍.间歇性导尿配合音频电疗、微波治疗脊髓损伤后痉挛性膀胱的效果研究[J].中国实用护理杂志,2008,24(8C): 8—9.
- [6] 中国康复医学会康复护理专委会.神经源性膀胱护理指南[J].中华护理杂志,2011,2(2): 210—215.
- [7] 郭念峰.心理咨询师[M].北京:民族出版社,2005,8: 194—196.
- [8] Mahoney FI, Barthel. Functional evaluation: The Barthel index [J]. Md Med J, 1965, 14: 61
- [9] Keith RA, Granger CV, Hamilton BB, et al. The functional independence measure: A new tool for rehabilitation. In: Eisenberg M, Grzesiak R. eds. Advances in clinical rehabilitation [M]. New York: Springer Verlag, 1987: 6—18.
- [10] 蔡文治,李亚杰.脑卒中的康复护理[M].北京:科学技术文献出版社,2000.49.
- [11] 陈美龄.抑郁症患者的家庭护理[J].家庭护士,2008,6(4B): 1027.