

·心理康复·

脑卒中患者团体心理治疗的成本-效果分析*

林秀瑶¹ 许云辉¹ 孔东燕¹ 朱达斌¹

脑卒中是临床常见病和多发病,具有较高的发病率、死亡率和致残率。其高致残率常导致患者丧失了生活自理和工作的能力,给患者家庭和社会带来沉重的经济负担。在我国,脑卒中的发病率逐年增加,其每年的医疗费用达100亿元人民币,给个人、家庭和社会造成了沉重的经济负担,其中治疗费用所占比例最大^[1]。同时,由于脑卒中患者的偏瘫、失语等症状是突然发生的,缺少一个逐渐适应的过程,极易导致脑卒中后抑郁症,因此,应尽早采取相应的心理干预措施。国内外已有应用团体心理治疗对脑卒中患者作用的研究^[2],本研究将以往研究中病例所花费的所有成本整理并统计数据,从卫生经济学角度采用成本-效果分析探究此干预

方法是否为经济、有效的康复治疗方案。

1 资料与方法

1.1 研究对象及分组

根据纳入标准及排除标准选取泉州市第一医院康复医学科病房2011年7月—2012年12月收治的60例脑卒中患者。并将入选患者使用随机卡的方式分为治疗组和对照组,每组各30例。患者治疗前均用汉密尔顿抑郁量表-17(Hamilton depression rating scale, HAMD-17)进行抑郁程度的评估。两组患者在性别比例、年龄、病程、脑梗死、脑出血、抑郁程度等方面经统计学分析具有可比性($P>0.05$),见表1。

表1 治疗组与对照组一般情况比较

组别	例数	性别(例)		年龄(岁)	病变性质(例)		病程(d)	HAMD评分(分)
		男	女		脑梗死	脑出血		
治疗组	30	18	12	56.78±8.14	18	12	52.4±19.7	10.78±6.45
对照组	30	17	13	55.01±9.90	19	11	53.7±17.9	9.53±6.09

1.2 纳入标准

①参照1995年中华医学会全国第四届脑血管病学术会议制定的《各类脑血管疾病诊断要点》^[3],符合脑卒中的诊断标准,并经CT或MRI证实的患者;②年龄<80岁;③病程在半年以内;④病情稳定,意识清醒,均经简易智力评分量表(mini-mental state examination, MMSE)评定,评分<21分;⑤偏瘫肢体运动功能障碍;⑥由具有国家心理咨询师资格的临床医师确定适合参加团体心理治疗者;⑦自愿参加本研究项目者,并由患者本人或其家属签署知情同意书。

1.3 排除标准

①短暂性脑缺血发作;②急性期重度昏迷、严重脑疝、并发心肌梗死或合并严重肝肾功能障碍、重症感染、严重的糖尿病等患者;③有意识障碍和/或认知功能障碍者;④HAMD-17评分≥17分;⑤有言语交流障碍、严重精神障碍者;⑥否认心理因素在疾病康复中的作用。

1.4 方法

两组患者均给予常规内科治疗,如根据其病情给予营养神经、改善脑循环等常规干预。同时进行综合康复治疗,内容包括:①运动疗法:包括早期床上良肢位摆放、被动关节活动、神经促通术、平衡训练、步态训练等;②作业治疗:根据患者运动功能情况,进行相应的插桩、磨砂板、套环、拼图等训练,并进行进食、洗漱、穿衣、床椅转移等日常生活活动方面的训练。③其他疗法,如进行针灸、电治疗、超声波等治疗。

在此基础上,治疗组给予团体心理治疗。团体心理治疗方法由获取国家心理咨询师资格的医师担任组织者,形式为同质性开放式团体,每组5—8人,每周2次,每次60—90min。治疗地点应选在环境舒适、明亮并且安静、不易被打扰,这样治疗者易观察到患者的情况,并备有足够的桌子、椅子和沙发,让患者围坐在桌子周围,同时还可以提供一些点心、水果、茶水等。

治疗相关内容和步骤:①第一阶段(第1—2次治疗):首先是患者之间彼此熟悉的过程,每个成员介绍自己的姓名、

DOI: 10.3969/j.issn.1001-1242.2015.04.014

*基金项目:泉州市科技计划重点项目(2011Z62)

1 福建医科大学附属泉州市第一医院康复科,362000

作者简介:林秀瑶,女,主治医师;收稿日期:2014-04-08

爱好、所患疾病,以及参加心理治疗的目的和对活动的期望等,同时承诺不将治疗时谈到的内容在治疗以外的场所讨论,从而建立基本信任关系。通过自我介绍,可使患者潜意识里接受自己患病的事实,团体成员能了解彼此疾病的相似性,引起共鸣,找到归属感。同时引导成员给他人以反馈,逐步建立团体凝聚力和参与度。活动内容包括连环自我介绍、找朋友、滚雪球等。②中间阶段(第3—6次治疗):治疗者引导成员敞开心扉相互交流,相互倾听患病后的内心感受及困惑,引导成员深入觉察自己的焦虑抑郁情绪和产生原因,并帮助成员以一种关怀的态度彼此对待,相互提供解决的方法。治疗者向患者详细讲解脑血管疾病的特点及预后,让患者学会接受患病及可能致残的事实,使其发现自身缺点及存在的不足,深化自我认识,积极探索自己存在的价值,树立生活的信心。其间,治疗者可将团体中较为乐观功能恢复较快的患者作为榜样,让其他团体成员了解并观察示范者的情绪、行为积极的变化得到的结果,激励其他团体成员也做出相应的变化,团体成员一旦出现积极的变化,即使是非常微小的变化,也应该立即给予强化,同时应及时觉察出的团体动力的负性变化并给予及时处理。活动内容包括:a.自我价值观的探索:让患者对自身各个方面进行探索,提高自我认识能力,并接纳自我的优点和缺点。如可以让用10个词描述自己或给自己评分。b.刮大风游戏:全体成员围坐成圆圈,撤掉一把椅子,一个人站在圈子中间说:大风吹,其他成员一起问:吹什么?圈中间的人就要寻找周围人的共同特征(如吹戴眼镜的),具有这个特征的人要起来找另一个位子坐下,没有找到位置的成员就要表演节目或自我介绍,这样可以调动成员注意力,使其投入团体中。行动不便患者可以坐在轮椅上,由家属帮忙移动位置。c.音乐治疗:冥想大海和海鸥等。③终止阶段(7—8次治疗):鼓励成员更深层次地表达患病后自己的内心感受,使抑郁情绪得到宣泄。鼓励每个成员谈论生活中的任何改变,以及对这些改变的看法,引导成员制定新的生活规划,正确调节情绪。治疗结束前,引导成员谈论对团体治疗的感受,要求患者在今后的生活中相互联系、相互支持。活动内容包括成长三部曲,分享感受和收获,互赠祝福卡。音乐:《感恩的心》、《明天会更好》等。

应注意的是,在团体治疗中一直坚持运用“积极关注”等方法鼓励团体成员多和其他成员交流自己的感受,多给其他成员以反馈。同时,在团体心理治疗中,患者还可以一起进行唱歌、游戏、放松训练、集体锻炼等活动,进一步宣泄不良情绪、舒展身心,提高自身的信心^[4]。部分患者因肢体活动障碍而无法参加某些团体活动,我们解决的方法一是尽量选用一些不需要动手和(或)行走来完成的团体活动,二是尽量选用一些在他人协助下即可完成的团体活动。

一周进行5天的康复训练,团体心理治疗每周2次,治疗

4周。

1.5 疗效观察

1.5.1 抑郁程度:采用Hamilton抑郁量表(Hamilton depression rating scale,HAMD)评估患者的抑郁程度,HAMD量表是临床上评定抑郁状态时最常用的量表,有多种版本,本研究采用HAMD-17项,总分超过24分为严重抑郁,超过17分中度抑郁,超过7分为轻度抑郁,小于7分无抑郁症状。

1.5.2 运动功能:用简化的Fugl-Meyer运动功能评分表(FMA)评定运动功能,共50项,最高积分为100分,分值越高功能越好。

1.5.3 生活质量:采用WHO生存质量测定表(WHOQOL-100)评定患者生存质量,该量表为自评量表,共有100个条目,包括与生活质量有关的6个领域共24个方面,每个领域得分皆按百分制计分,并计算受试者WHOQOL-100中文版量表生活质量总评分,其值亦用百分制表示,得分越高表明生活质量越好。

在第一次治疗前做一次评估,治疗第2周、第4周后再分别做一次评估。各种评估均由同一医师进行,该医师不参加治疗且不知道分组情况。

1.6 卫生经济学分析

治疗4周后对两组患者进行成本-效果分析。

1.6.1 总成本:采用调用住院患者账单明细和问卷调查和的方式统计患者的治疗费用,主要包括以下三部分:①直接医疗费用,包括住院相关费用(床位费、护理费、临床诊治费、药费、化验检查费和其他住院相关费用)、治疗费(康复治疗费、本研究提供团体心理治疗的费用、针灸、理疗费等)、并发症诊治费、非住院诊治与用药费和其他相关直接医疗费用;②直接非医疗费用,包括与患者康复治疗相关的交通费、患者或家属的住宿费、特殊饮食费、陪护费等;③间接费用,包括家属误工费 and 患者损失的工资^[5-6]。计算时参照2012年物价标准。

1.6.2 成本效果比:2组患者总成本(总费用)用C表示,各项测评分差值用E表示,C/E为各项量表测评每改善1分的成本。

1.7 统计学分析

数据以均数±标准差表示,采用SPSS 12.0统计软件,同组内治疗前后比较采用配对t检验。组间比较采用成组设计的t检验,计数资料采用 χ^2 检验或秩和检验。

2 结果

治疗前两组评分差异无显著性意义($P>0.05$),治疗2周后,治疗组与对照组患者的HAMD、FMA和WHOQOL-100的改善程度比较,差异无显著性意义($P>0.05$);而治疗4周后,治疗组各项评分改善程度明显优于对照组($P<0.01$),见表

2. 治疗4周后,两组患者总费用无差异($P>0.05$),治疗组直接医疗费用较高,对照组直接非医疗费用、间接费用较高见表3。结果表明,结果显示治疗组患者的HAMD每降低1分,FMA和WHOQOL-100每改善1分,所耗费的相关成本费用明显较对照组为低($P<0.01$),见表4。

3 讨论

脑卒中可导致患者产生心理、生理、认知及社会功能的多种障碍,临床研究表明患者的心理健康状况可影响治疗依从性及社会支持,两者不仅降低患者的生活质量,而且影响治疗效果^[7]。文献报道显示将近30%—50%的脑卒中患者发

表2 HAMD、FMA及WHOQOL-100评分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	HAMD	FMA	WHOQOL-100
治疗组	30			
治疗前		10.78±6.45	28.37±16.73	54.83±10.07
治疗第2周后		9.07±5.13	31.17±10.89	57.33±11.27
治疗第4周后		7.53±3.14 ^{①③}	43.07±12.84 ^{②④}	86.50±14.83 ^{②④}
对照组	30			
治疗前		9.53±6.09	29.12±10.19	53.08±10.98
治疗第2周后		9.62±5.24	30.08±11.71	52.41±11.26
治疗第4周后		9.41±3.16	38.64±11.09 ^②	58.30±10.27 ^①

①治疗4周后,与同组治疗前比较 $P<0.05$;② $P<0.01$;③治疗4周后,与对照组治疗前比较 $P<0.05$;④ $P<0.01$ 。

表3 两组患者总费用、直接医疗费用、直接非医疗费用、间接费用比较

($\bar{x}\pm s$,元)

组别	例数	总费用	直接医疗费用	直接非医疗费用	间接费用
治疗组	30	38151.17±3179.32	28169.24±3112.74	4159.27±1126.17	5127.73±973.18
对照组	30	39426.29±3492.19	25076.35±3726.35	6127.73±1037.81	7146.81±1041.27
t值		-2.0016	3.494	-7.397	-7.760
P值		>0.05	<0.01	<0.01	<0.01

表4 两组患者成本效果比较

($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	C/E1(HAMD)	C/E2(FMA)	C/E3(WHOQOL-100)
治疗组	30	6381.17±1072.43	694.27±373.39	482.19±349.15
对照组	30	8420.37±1942.64	948.31±496.32	983.15±763.09
t值		-5.033	-2.240	-3.270
P值		<0.01	<0.05	<0.01

C/E1、C/E2、C/E3分别为HAMD、FMA及WHOQOL-100各项量表评分每改善1分所耗费的相关费用。

生抑郁^[8]。脑卒中后第1年卒中后抑郁(post-stroke depression, PSD)的发病率为20%—50%^[9]。因此,尽早对脑卒中患者采取相应的心理干预是非常必要的。

PSD的发生机制目前主要有“原发性内源性机制”和“反应性机制”两种学说^[10-11],目前许多学者认为PSD是心因性反应引起,人的情绪、精神可影响人的心理,心理应激又可导致心身疾病的发生,心身疾病又会反过来影响人的心理及行为,加重心身病变^[12]。因此,从循证医学角度来讲,卒中后抑郁使用抗抑郁焦虑药物不是最佳方法,心理治疗对卒中患者的心理应激有不可忽视的作用。尤其对于轻、中度PSD患者,临床上可以不用抗抑郁药,只要给以正确的心理疏导,帮助患者调整心理应激性抑郁、焦虑情绪,将对脑卒中患者的康复进程起到明显的效果。

在抑郁症康复治疗的非药物治疗方案中,团体心理干预一直是国内外研究的热点^[13]。脑卒中团体心理治疗应用于脑卒中患者,其作用机制不仅是靠心理治疗师指导,更重要的是通过团体成员之间的互动来达到治疗的目标。在团体

心理治疗领域中,凝聚力是治疗过程的重要变量,被认为是团体治疗体验的基础^[14]。团体心理治疗为脑卒中患者提供一个场所,可以为相同疾病患者建立团体,在团体中患者通过成员间的互动,学习人际交往的知识和经验,培养积极的交往意识和心态,通过相互的倾诉和关爱^[15]。患者逐渐解除其思想上的顾虑,可以适当地表露自己,并增加他人对自身的接纳程度^[16]。近年研究表明,集体心理治疗能改变认知,也可能改变个体的某些人格缺点^[17]。团体心理治疗不仅是针对某个患者病情的具体指导,更重要的是通过改变患者的认知与情绪状态,使之学会处理日常生活的应激事件与人际关系,掌握一定的心理保健知识与技巧,从而对患者产生长期的、普遍的指导意义^[18],提高了对整体生活质量的满意程度。同时通过互动,形成了团体凝聚力,这样有利于提高团员士气,从而配合康复训练形成良性循环。

本研究中对脑卒中患者结合团体心理治疗,结果显示,治疗组治疗2周后HAMD、FMA及WHOQOL-100评分优于对照组,但差异无显著性意义($P>0.05$)可能是由于观察周期过短,提示团体心理治疗至少要4次以上才起效。治疗4周后,HAMD、FMA及WHOQOL-100评分优于对照组($P<0.01$),在生活质量的改善方面尤为明显。结果表明,团体心理治疗有助于提高患者的运动功能、日常生活活动能力及生活质量,这与以往的研究结果一致。

本研究还采用卫生经济学的方法对团体心理治疗进行成本效果分析,发现两组患者总费用无差异,治疗组直接医疗费用较高,对照组直接非医疗费用、间接费用较高,考虑主

要是由于治疗组患者更加配合康复治疗,所花费的康复治疗费用相对增加。而对照组患者因日常生活活动能力较治疗组更差,其耗费的陪护费及误工费等更高,因此,就弥补了直接医疗费用的差别。两组患者各项测评量表增加值差异有显著性意义,治疗组HAMD、FMA及WHOQOL-100评分每改善一分所需花费比对照组低,对照组相关费用约是康复组的1—2倍($P < 0.01$)。治疗组与对照组比较,HAMD评定每减少1分,少花费2039.2元;FMA评定每提高1分,少花费45.99元;WHOQOL-100评定每增加1分,少花费220.06元。这充分说明了团体心理治疗不仅可以提高疗效,而且更为经济,具有很好的社会效益及经济效益。

团体心理治疗是一种较为成熟的精神疾病的康复治疗方法,相对于高发病率的脑卒中来讲,我国心理治疗师资源严重不足,如果采用团体心理治疗,不仅可增加治疗人数,节省治疗时间与人力,而且减轻了患者的经济负担,具有良好的经济和社会效益。由于本研究经费有限,因此,对于团体心理治疗对脑卒中患者的远期疗效应在今后的研究中进一步观察,并且在今后的研究中可关注中度抑郁患者的疗效,并观察团体心理治疗与抗抑郁药物的疗效比较,以及团体心理治疗与其他心理治疗方法的疗效比较,以期全面评估团体心理治疗的意义。

参考文献

- [1] Liu M, Wu B, Wang WZ, et al. Stroke in China: epidemiology, prevention, and management strategies[J]. *Lancet Neurol*, 2007,6:456—464.
- [2] 曹巍巍,于建敏,孙淑艳,等. 团体心理治疗在脑卒中后抑郁治疗中的应用[J]. *中国心理卫生杂志*, 2009,23(2):100—104.
- [3] 全国第4届脑血管病学术会议. 各类脑血管病诊断要点[J]. *中华神经科杂志*, 1996,29:379—380.
- [4] 林秀瑶,朱达斌,许云辉,等. 团体心理治疗对脑卒中偏瘫患者疗效的影响[J]. *中国中医药信息杂志*, 2014,21(2):39—41.
- [5] 田静,李颖. 卒中单元治疗脑卒中的经济学评价[J]. *中西医结合心脑血管病杂志*, 2012,10(8):989—991.
- [6] 姜从玉,王倩,胡永善,等. 临床经济学评价方法在脑血管病的康复治疗研究中的应用进展[J]. *中国康复医学杂志*, 2003,18(6):376—379.
- [7] 朱奕,万琪,王彤,等. 国际功能、残疾和健康分类脑卒中核心功能组合在不同时期脑卒中患者中的应用[J]. *中华物理医学与康复杂志*, 2009,31(11):748—752.
- [8] 张朝辉,宋景贵,张亚林,等. 躯体功能障碍患者的心理健康状况、社会支持及应对方式的研究[J]. *中国临床心理学杂志*, 2011,19(5):639—640.
- [9] 欧明亮,张贵升,陈军辉,等. 老年脑卒中患者抑郁状况及其生活质量影响因素[J]. *中国老年学杂志*, 2011,1(22):4439—4440.
- [10] Gao HQ, Zhu HY, ZHANG YQ, et al. Reduction of cerebrospinal fluid and plasma serotoxin in patients with post-stroke depression: A preliminary report[J]. *Clin Invest Med*, 2008,31(6):351—356.
- [11] Ramasubbu R, Tohias R, Beth-Hansen NT. Extended evaluation of serotonin transporter gene functional polymorphisms in subjects with post-stroke depression[J]. *Can J Psychiatry*, 2008,53(3):197—201.
- [12] 王艳云,马锐华,王拥军. 卒中后抑郁障碍心理治疗的临床研究[J]. *中国康复医学杂志*, 2005,20(4):276—278.
- [13] 谭曦,杨秋莉,杜渐,等. 脑下抑郁人群团体中医心理干预方案构建[J]. *中医杂志*, 2012,53(24):2087—2089.
- [14] 贾焯,樊富珉,鲁小华. 心理科学团体心理治疗中凝聚力的概念及测量研究述评[J]. *心理科学*, 2013,36(6):1476—1479.
- [15] 宋丽,余学,张慧芳. 团体心理治疗对抑郁症患者疗效及生活质量的影响[J]. *中国健康心理学杂志*, 2013,21(1):51—53.
- [16] 叶红萍,李明. 团体人际心理治疗对住院抑郁患者的疗效[J]. *中国心理卫生杂志*, 2006,20(8):524—526.
- [17] 黄雪冰,张亚林. 认知疗法新进展[J]. *国外医学·精神医学分册*, 2000,27(2):116—118.
- [18] 边军,郑川燕. 团体心理治疗对抑郁症患者生活质量的影响[J]. *中国健康心理学杂志*, 2013,21(2):198—199.