

糖尿病患者的心理状况分析及护理对策

封亚萍 张秋玲

(浙江省杭州市第二人民医院 杭州 310000)

摘要:目的:了解糖尿病患者的心理状况,制定针对性心理护理。方法:应用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)进行心理分析。结果:31.7%的糖尿病患者有焦虑症状;19.5%的糖尿病患者有抑郁症状;12.2%的患者同时有焦虑和抑郁症状。糖尿病患者的 SAS、SDS 总分受病程、有无并发症影响。实施针对性心理护理 4 周后,SAS、SDS 总分都有显著下降($P<0.05$)。结论:糖尿病患者随病程延长及并发症的出现,多表现心理障碍,加强糖尿病知识宣教,给予针对性心理护理是必要的。

关键词:糖尿病;心理状况;心理护理

中图分类号:R 473.5

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)05-0072-02

糖尿病患病率在全球逐年增长,已成为继肿瘤和心脑血管病之后的第三位慢性非传染性疾病。中国普通人群糖尿病患病率 2.5%,其中 2 型糖尿病比例在 95%左右,主要见于成年人和老年人。目前糖尿病已成为一个日益严重的公共卫生问题,除了沉重的经济负担以外,糖尿病伴发的心理障碍亦引起大家的重视。我们对糖尿病患者进行心理调查,给予针对性心理护理,旨在制定合理护理对策。

1 对象和方法

1.1 对象 调查对象为 2005 年 5 月 1 日~12 月 31 日在本院内内分泌科住院的 2 型糖尿病患者 82 例,均符合 1999 年 ADA 的糖尿病诊断标准,均能独立完成问卷调查。其中男 47

2.2.3 心理护理 在手术过程中,激励病人,嘱病人尽量放松,使患者有足够的信心来克服短暂的痛苦。从行为上可适当拍拍他们的手或者头部,让病人感觉到医务人员在关心、爱护他们,以消除其孤独感,从心理上得到极大的安慰。

2.2.4 严格执行无菌操作 整个手术过程,须严格执行无菌操作,预防感染。椎间盘手术的感染,不同于其它手术部位的感染,一旦感染,病人会出现剧烈腰痛,疼痛时呈角弓反张,轻微振动也会引起疼痛,持续高热等,持续时间很长。所以,椎间盘的手术无菌技术是整个手术过程最重要的环节。

2.2.5 术毕注意事项 术后拔出穿刺针时,迅速用纱布按压伤口 3~5min,继用止血贴十字交叉紧贴伤口,3d 后更换止血贴,过床时,病人平躺移动身体或者采用四人过床法。

2.3 术后护理

2.3.1 生命体征及注意事项 密切观察血压、脉搏、呼吸等生命体征的变化,注意伤口出血情况,给患者睡硬板床。术后 6h 内为防止穿刺通道出血及渗出,病人应仰卧位,使腰部和颈部肌肉减轻紧张。立位、坐位或行走时加用护腰带。

2.3.2 治疗观察 遵医嘱给予补液、抗炎等治疗,密切观察有无腹痛、腰痛、伤口痛及疼痛的性质、部位、持续的时间,如疼痛剧烈,适当给予止痛药。注意小便情况,如小便排不出,应给予导尿。注意腰部肌肉有无血肿存在,如有立即报告医生,并作相应处理。

2.3.3 运动训练 术后 1 周可做轻微的腰部伸屈运动,以不引起病人明显腰部疼痛为度,病人应避免过分前屈,严禁病人提举物品。术后 2 周可做“仰卧屈膝运动”和“俯卧伸展运动”,以后再做“直腿抬高运动”。进行行走锻炼时,先在平坦路面上锻炼,再适当地爬行一定高度,提倡绕圈行走,行走时应常变换方向。一般术后 6 周左右,病人才能同正常人一样

例,女 35 例;年龄 32~78 岁,平均 (54.37 ± 11.27) 岁;病程 6 个月~19 年,病程 5 年以上的 38 例,5 年或以下的 44 例,平均 (7.52 ± 1.23) 年;文化程度:中专及以上学历 26 例,中学 43 例,小学 13 例;有慢性并发症的 42 例,无并发症的 40 例。

1.2 方法 调查工具包括焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)^[1]。心理护理前、心理护理 4 周后评估 SAS、SDS 变化。统计方法采用 SPSS11.0 软件包进行检验。

1.3 护理对策 (1)根据病人需要,采取集体和个人多种形式,每周 2 次向病人讲授糖尿病的基本知识,现场指导注射胰岛素,练习测血糖和尿糖等技能操作。(2)对焦虑、紧张、激动、易怒的患者,了解情绪变化的原因及特点,帮助他们纠正保持坐和站立姿势。嘱患者 1 个月后才能做一些轻体力劳动,3 个月才能逐渐恢复正常。

2.3.4 饮食注意 给予高蛋白、低热量、多维生素饮食。讲解术后康复注意事项的重要性,希望患者严格遵守。

3 结果

按 Macnab 标准^[2]评定治疗效果,优(症状完全消失,活动自如,能从事正常工作)70 例,良(症状基本消失,日常生活无影响,劳累或特殊体位时症状出现,休息后症状消失)8 例,可(症状部分消失,日常活动有腰背部疼痛,特殊体位困难,休息后缓解)2 例,优良率达 97.5%。住院时间 8~11 (9.5 ± 2.1) d,护理质量满意度 98.8%。无 1 例并发感染。

4 讨论

在经皮腰椎间盘突出术中,护士应具有腰椎间盘的解剖知识,在掌握放射学基本知识的基础上,熟练操作机器,以便更好地配合医生。熟悉手术过程中可能出现的不良反应,掌握观察要点,将观察到的各项指标、治疗效果及时报告医生,以便配合医生做出相应的处理。

经皮腰椎间盘突出术前后,通过对病人适当的护理和治疗,细致的健康教育,使病人消除了对手术的不信任感以及焦虑,增强自信心和对医嘱的依从性,有助于提高手术的成功率。本组 80 例病人中,未出现感染及术后不良反应,术中未发生意外事故,我们将在实践中进一步完善制度,熟练操作,总结经验,规范护理,不断提高护理质量。

参考文献

[1]鲁玉来,蔡钦林.腰椎间盘突出症[M].北京:人民军医出版社,2001. 106~112
[2]李剑,祝天径.腰椎间盘突出症的疗效评定标准与康复标准[J].现代康复,2001,5(7): 15~16

(收稿日期: 2007-03-28)

护理会诊与外科术后呼吸道医院感染控制

游润德 刘小青 李莉燕 刘平
(江西省吉安县人民医院 吉安 343100)

关键词: 护理会诊; 术后呼吸道医院感染; 感染控制

中图分类号: R 473.6

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)05-0073-02

外科是以手术作为主要治疗手段,防止术后感染是外科最重要的课题之一。我院外科 2004 年出院人数 962 例,手术人数 407 例,外科感染病例数为 23 例,术后感染病例数 15 例,其中 11 例为呼吸道感染,均为腹部手术,感染部位构成为 47.8%。为更有效控制和降低术后医院感染发生率,感染专职员向护理部提出了前瞻性监测加护理会诊的实施方案,并于 2005 年开始实施。现将实施结果汇报如下:

1 资料与方法

1.1 资料来源 2004 年 1 月 1 日~2005 年 12 月 31 日在我院外科住院的手术病人。

1.2 诊断标准 以卫生部制定《医院感染诊断标准》为依据。

1.3 监控方法

1.3.1 前瞻性监测 专职员逐日下病房对病例进行监测,专

对疾病的错误认识,帮助其改善与周围人群的关系,使病人配合治疗和护理。(3)对性格外向、开朗的患者,主动与之沟通,给予饮食、运动等行为干预。(4)每周组织 1 次病人沙龙活动,让病人之间相互交流心得和经验,增加治疗的信心。

2 结果

2.1 心理状况调查结果 82 例调查对象的 SAS 均分为 (45.98±8.26) 分 (26~73 分),SDS 均分为 (47.26±7.97) 分 (28~71 分)。根据全国量表协作组规定,SAS 总分 >50 分为有焦虑症状;SDS 总分 >50 分为有抑郁症状^[1]。本文调查对象中,26 例 (31.7%) 糖尿病患者有焦虑症状;16 例 (19.5%) 糖尿病患者有抑郁症状;10 例 (12.2%) 糖尿病患者同时有焦虑和抑郁症状。可见糖尿病患者 43.9% 有焦虑症状,31.7% 有抑郁症状,焦虑发生率明显高于抑郁,且有显著性意义 ($P<0.05$)。

2.2 不同性别、不同病程、有无并发症患者的 SAS、SDS 总分比较 男女糖尿病患者的心理状况无明显差异。有并发症的糖尿病患者 SAS 总分明显高于无并发症者 ($t=2.19, P<0.05$)。糖尿病病程 >5 年的糖尿病患者,其 SDS 总分明显高于病程 ≤5 年的患者 ($t=2.14, P<0.05$)。见表 1。

表 1 不同患者的 SAS、SDS 总分比较 ($\bar{X} \pm S$) 分					
	n	SAS 总分	t 值	SDS 总分	t 值
性别	男	47 45.36±8.73	0.77	46.68±7.86	0.75
	女	35 46.81±8.20		48.04±8.32	
并发症	有	42 47.82±8.26	2.19*	48.32±8.34	1.26
	无	40 44.05±7.41		46.15±7.27	
总病程	≤5 年	44 45.57±7.17	0.52	46.04±7.23	2.14*
	>5 年	38 46.45±8.12		48.67±7.81	

注:2 组内比较, * $P<0.05$ 。

2.3 心理护理 4 周后心理状况的变化 经过 4 周的心理疏导和糖尿病知识宣教,82 例患者的 SAS、SDS 总分均有显著下降 ($P<0.05$)。详见表 2。

科护士(或换药室护士)协助汇报术后病人的病情供专职员参考,对疑似者加以确诊或排除,对感染者查找感染原因、途径、易感因素,制定预防与控制对策,且形成感染病例个案,标明经管医生和床号与医院感染情况月报表反馈至科室。

1.3.2 前瞻性监测加护理会诊 通过前瞻性监测,专职员向护理部指出感染病例护理措施缺陷问题,提出预防措施;科室护士长根据高危因素的特点组织责任护士对行手术的病人,依照不同情况找出共性和个性,制订出有特色的护理控制措施;然后护理部依照专职员提供的监控重点组织科室护士对手术病人进行讨论,明确每个手术病人的护理目标,督导护理预防措施的贯彻落实,纠正护理中的偏差及不足。

2 结果

采用前瞻性监测加护理会诊对控制术后医院感染率,尤

表 2 心理治疗前后 SAS、SDS 总分比较 ($\bar{X} \pm S$) 分				
	心理治疗前	心理治疗后	t 值	P
SAS	45.98±8.26	43.37±7.56	2.12	<0.05
SDS	47.26±7.97	44.65±7.29	2.17	<0.05

3 讨论

2 型糖尿病作为一种慢性疾病,是无法根治的,需要长期口服药物或使用胰岛素治疗控制病情的发展。2 型糖尿病及其并发症对人类健康和生命构成严重威胁,给个人、家庭、社会带来巨大经济负担,造成劳动力的巨大损失和治疗费用的快速增长^[2]。在我们调查的糖尿病患者中,慢性并发症发生率 51.2% (42/82)。糖尿病患者由于病程长,久治不愈,容易产生悲观心理,引起情绪波动。相关研究报道,糖尿病患者多合并有抑郁症,且糖尿病本身可导致抑郁症的发生或加重^[3]。我们调查的 82 例糖尿病患者中,63.4% 的患者有焦虑、抑郁情绪,这说明糖尿病患者存在严重的心理问题。病程 5 年以上、有慢性并发症的患者,SAS、SDS 总分较病程短、无并发症患者升高,这类患者表现焦虑、紧张、激动易怒、情绪不稳定,不利于疾病的良好控制。

经过针对性糖尿病心理护理 4 周以后,82 例糖尿病患者的 SAS、SDS 总分均有显著下降。提示规范的糖尿病知识宣教和心理疏导能改善糖尿病患者的焦虑及抑郁情绪,使之更好地配合治疗。综上所述,病程长、有并发症的糖尿病患者,特别是老年患者,都有不同程度的焦虑、抑郁情绪,而针对性地进行糖尿病知识宣教、加强心理疏导和沟通能改善他们的心理状况,利于疾病的长期治疗和预后。

参考文献

[1] 张明圆.精神科评定量表手册[M].长沙:湖南科学技术出版社,1993.16~78
[2] 朱禧星.现代糖尿病学[M].上海:上海医科大学出版社,2002.10
[3] 左玲俊,徐俊冕.糖尿病患者的心理问题[J].中国行为医学科学,1998,7(4):155

(收稿日期: 2007-03-28)