

激励式心理护理应用于脊柱骨折术后患者的临床意义

范晓丽

济南市第三人民医院, 山东 济南 250132

【摘要】 目的 探究脊柱骨折患者术后应用激励式心理护理的意义。方法 选择济南市第三人民医院2021年5月至2022年9月收治脊柱骨折患者56例为研究对象, 分组应用随机数字表法, 每组28例。对照组进行常规护理, 试验组进行常规护理+激励式心理护理, 比较患者的心理状况、躯体疼痛情况、睡眠质量、护理满意度。结果 两组患者术后SAS、SDS比较差异不显著($P>0.05$)。对患者进行术后护理干预后, 两组SAS、SDS评分均比护理干预前减少, 试验组明显少于对照组($P<0.05$)。两组患者术后未接受护理时的疼痛(VAS)评分、睡眠质量(PSQI)评分组间对比, 差异无统计学意义($P>0.05$)。护理干预后, 两组VAS评分显著减少, PSQI评分显著减少, 组间比较试验组评分均少于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。试验组护理满意度高于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 在脊柱骨折患者术后护理中应用激励式心理护理, 可以减轻患者术后负面情绪, 改善躯体疼痛情况, 促使患者夜间快速入睡, 睡眠良好。

【关键词】 脊柱骨折; 激励式心理护理; 焦虑; 抑郁; 疼痛; 睡眠质量

脊柱骨折多发生于下胸段和上腰段, 比较常见, 主要原因是间接暴力, 以疼痛、畸形、活动受限为典型症状^[1]。脊柱骨折发生后, 会严重影响患者的躯体活动, 给患者造成较大的心理负担^[2]。脊柱骨折的治疗多数采用微创术式, 常用经皮椎体成形术以及经皮椎间融合术, 微创手术的手术切口比较小, 可以改善患者躯体疼痛的情况, 减少手术操作导致的机体创伤^[3]。但是, 由于患者年龄、营养水平、骨折程度不同, 对手术的耐受力存在显著差异, 手术的创伤刺激会对给患者造成心理应激, 引起患者术后焦虑、抑郁等负性情绪, 影响术后康复^[4]。另外, 负性情绪会造成患者疼痛阈值下降, 影响患者术后生活, 睡眠质量下降。为此, 为了促进脊柱骨折患者术后康复, 改善预后, 需要对患者进行围手术期心理护理, 减少患者术后负性情绪, 提升心理健康水平^[5]。激励式心理护理通过语言、行为、物质对患者精神、目标、榜样等多方面进行激励, 提升患者的康复信心, 形成主动、鉴定的信念, 积极配合护理, 减少患者术后恢复的时间, 加速机体康复, 从而提高患者术后生活相关功能, 改善健康状况^[6]。本次研究选择济南市第三人民医院2021年5月至2022年9月收治脊柱骨折患者56例分组对照, 探究脊柱骨折术后使用激励式心理护理对于患者的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择济南市第三人民医院2021年

5月至2022年9月收治脊柱骨折患者56例为研究对象, 随机数字表法分成两组, 每组28例。其中, 对照组男/女性=15/13; 年龄范围38~69岁, 平均(57.43 ± 2.05)岁; 骨折原因: 胸椎骨折23例、腰椎骨折5例; 体重指数 $21 \sim 25 \text{ kg/m}^2$, 平均(23.27 ± 1.02) kg/m^2 。试验组男/女=16/12; 年龄范围38~70岁, 平均(57.45 ± 2.06)岁; 骨折原因: 胸椎骨折22例、腰椎骨折6例; 体质量指数 $21 \sim 25 \text{ kg/m}^2$, 平均(23.30 ± 1.01) kg/m^2 。患者基线资料进行组间对比, $P>0.05$ 。患者及家属对于内容完全知情、了解, 同时签订知情同意书。本研究已经获得医学伦理委员审批。

纳入标准: (1) 影像学检查确诊为脊柱骨折; (2) 均接受脊柱微创手术; (3) 精神状况良好, 意识清醒; (4) 临床资料完整。

排除标准: (1) 患者合并存在恶性肿瘤性疾病; (2) 处于哺乳期; (3) 精神疾病患者; (4) 语言或听力障碍; (5) 存在手术或麻醉禁忌证; (6) 合并存在病理性骨折。

1.2 方法

1.2.1 对照组开展常规护理, 了解骨折原因, 对患者详细介绍病情, 告知手术方案及时间。对患者进行健康教育, 说明脊柱骨折症状、危害、治疗方案、护理要点、康复注意事项等。对患者进行围手术期营养支持, 指导患者健康饮食。对患者进行术前、术后心理疏导, 告知患者负性情绪对手术、骨折愈合造成的不良影响, 给予心理疏导。术后严密观察患者的意识状态、反应以及相关生命体征等。遵医嘱为患者用药, 介绍药物作用机制。回答

患者及家属提出的有关于疾病的问题。

1.2.2 试验组对患者开展常规护理+激励式心理护理。首先,对患者进行言语激励,告知患者手术结果,对患者手术表现、配合情况进行表扬。同时向患者讲解之前治疗成功、康复良好的积极案例,让患者对比自身的手术及康复情况,建立康复信心。向患者介绍术后康复训练内容,训教康复知识,说明手术及术后康复对骨折愈合的促进作用,解释术后康复护理的重点及注意事项。其次,对患者进行行为激励,通过肢体动作、面部表情对患者进行激励,例如微笑、加油手势等。邀请成功治疗案例现身说法,对患者分享自己的治病经历,与患者一起分析病情,并给予患者理解。再次积极与患者进行沟通、交流,指导患者通过深呼吸放松身体,或者进行冥想。最后,嘱咐家属多陪伴患者,与患者谈心、劝导,给予患者情感支持,让患者感受家庭温暖与关怀,得到家人的理解和鼓励。

1.3 观察指标 比较患者术后情绪变化、疼痛程度、睡眠质量、护理满意度。

情绪评价:采用焦虑量表(SAS)^[7]评价患者术后焦虑情绪,满分100分,分值越高焦虑越严重。同时应用抑郁量表(SDS)^[8]评估患者术后的抑郁情况,满分为100分,分值越高抑郁越严重。

疼痛程度:应用视觉模拟疼痛评分(VAS)^[9]

对患者术后疼痛程度进行评价,分值0~10分,分值越高疼痛越强烈。

睡眠质量:应用睡眠质量指数(PSQI)^[10]从入睡时间、睡眠质量等方面进行睡眠评价,分值范围0~21分,分值越高睡眠质量越差。

护理满意度:通过本院自制的调查量表,评估患者对护理人员工作态度、护理技能、护理效果方面的满意程度。满分为100分,如果分值>85分表示患者非常满意、60~85分表示患者一般满意、分值<60分表示患者不满意。护理满意度=(非常满意调查表份数+一般满意调查表份数)/调查表总数×100%。

1.4 统计学处理 SPSS25.0软件对计量资料($\bar{x} \pm s$)进行t检验,对计数资料[n(%)]进行 χ^2 检验,验证数据差异统计学意义。 $P < 0.05$ 时代表统计学差异显著,具有统计学意义。

2 结果

2.1 比较焦虑抑郁情绪变化 护理前SAS、SDS评分比较无差异, $P > 0.05$,护理后两组的以上评分均低于护理前, $P < 0.05$,并且试验组评分明显低于对照组, $P < 0.05$ 。详情如表1。

表1 比较焦虑、抑郁情绪变化结果($\bar{x} \pm s$,分)

组别	时间	SAS	SDS
试验组(n=28)	治疗前	54.24 ± 2.15	52.05 ± 1.34
	治疗后	20.01 ± 1.02	18.34 ± 0.78
对照组(n=28)	治疗前	54.23 ± 2.16	52.04 ± 1.33
	治疗后	23.24 ± 1.27	20.05 ± 1.01
	$t_{\text{治疗后}}$	7.680	5.190
	$P_{\text{治疗后}}$	0.001	0.001

2.2 疼痛及睡眠质量 护理后,两组VAS、PSQI评分均减少,与护理前相比,差异显著($P < 0.05$)。试验组VAS、PSQI评分护理后低于对照组, $P < 0.05$ 。详情如表2。

表2 疼痛及睡眠质量比较结果($\bar{x} \pm s$,分)

组别	时间	VAS	PSQI
试验组(n=28)	治疗前	4.01 ± 0.15	10.24 ± 1.24
	治疗后	1.34 ± 0.09	5.18 ± 1.01
对照组(n=28)	治疗前	3.98 ± 0.14	10.22 ± 1.26
	治疗后	2.01 ± 0.11	7.34 ± 1.05
	$t_{\text{治疗后}}$	5.242	4.864
	$P_{\text{治疗后}}$	0.003	0.005

2.3 护理满意度 相比于对照组,试验组的护理满意度明显比较高($P < 0.05$)。详情如表3。

表3 护理满意度比较结果 [n (%)]

组别	非常满意	一般满意	不满意	满意度
试验组 (n=28)	20 (71.43)	7 (25.00)	1 (3.57)	27 (96.43)
对照组 (n=28)	17 (60.71)	5 (17.86)	6 (21.43)	22 (78.57)
χ^2				4.082
<i>P</i>				0.043

3 讨 论

脊柱骨折在临床中的发病率比较高,骨折发生后影响生理功能,导致患者骨折部位疼痛、活动障碍。脊柱骨折的常用治疗手段为手术治疗,常用微创术式,具有创伤小、并发症少、康复快等优势。但是,由于骨折发生较为突然,患者心理准备不足,加上缺乏疾病认识,对手术心存恐惧等,患者术后容易出现心理应激情况,如术后抑郁、紧张等,这些负性情绪对手术进展、术后康复等方面均有影响,会降低患者疼痛阈值,引起术后剧烈疼痛,从而降低生活质量,影响睡眠。为此,对脊柱骨折患者进行术后心理护理十分重要,需要从患者心理状态及心理特征方面入手,加强对患者心理健康的关注,给予针对性的护理干预,从而减轻负性情绪,改善预后。

本次研究试验组患者术后焦虑、抑郁情绪均比对照组改善幅度大 ($P<0.05$),表明激励式心理护理可以明显改善手术后患者的不良心理状况。分析原因为脊柱骨折患者因为突然受伤骨折,活动受限、躯体疼痛,难以接受骨折现实,心理负担重。患者普遍不具备专业医学知识,对自身病情不了解,或者存在错误认识,恐惧手术,术前紧张、焦虑,引起心理应激反应。手术操作后躯体疼痛是正常的生理反应,但是可能会给患者造成一定不良影响,导致负性情绪发生。术后常规护理措施包括术后健康教育、心理疏导、用药、饮食、运动干预等,在一定程度上减轻手术对患者生理与心理的应激反应。但是,传统的心理疏导未能针对患者实际情况与心理状态采取有效的干预,护理效果有限。激励式心理护理在传统的心理疏导上通过言语、行为等方式对患者进行激励,帮助患者更好地认识疾病,正确对待疾病并正视手术结果,帮助患者建立康复信念,提升康复信心,从而缓解焦虑、抑郁。试验组的术后疼痛恢复情况、睡眠质量改善情况等明显好于对照组 ($P<0.05$),表明激励式心理护理可以减轻脊柱骨折手术患者的疼痛,改善睡眠质量。分析原因:脊柱骨折患者在自身、疾病、环境等因素的影响下发生负性情绪,增加疼痛敏感性,术后疼痛强烈,对睡眠造成直接影响。通过激励式心理护理,患者负性情绪得以消除或缓解,患者康复意愿强烈,信

心足,可以提高疼痛阈值,从而减轻疼痛程度,减少了对睡眠的影响。试验组护理满意度96.43%高于对照组78.57%,差异有统计学意义 ($\chi^2=4.082$, $P=0.043$),可能原因是激励式护理的方式更容易被患者接受,患者的心理护理需求得到满足。

综上所述,脊柱骨折术后患者进行激励式心理护理可以明显改善术后的消极情绪,缓解患者术后疼痛情况,同时可提高夜间睡眠质量。

参考文献

- [1] 魏练练,裴梦梦,赵敏.心理护理干预对脊柱骨折患者的影响探讨[J].心理月刊,2022,17(16):108-110,188.
- [2] 吴静,闫艳艳.针对性心理疏导在脊柱骨折伴截瘫患者中的应用效果[J].临床医学研究与实践,2022,7(18):156-160.
- [3] 陈武茜,牛敏.基于罗森塔尔效应的护理干预结合递进式目标护理对脊柱骨折术后患者心理状态、脊柱功能及并发症发生情况的影响[J].临床医学研究与实践,2022,7(10):176-179.
- [4] 谢凤婷.阶段性心理护理对脊柱骨折合并脊髓损伤患者心理弹性及创伤后成长的影响[J].国际护理学杂志,2021,40(24):4478-4482.
- [5] 陈燕霞.健康教育路径在脊柱骨折护理中的应用[J].系统医学,2021,6(17):172-174,198.
- [6] 翟婉雪.激励式心理护理在脊柱骨折术后患者中的应用效果[J].中国民康医学,2021,33(16):170-171.
- [7] 程木玲.心理护理干预在脊柱骨折合并脊椎损伤手术患者术后康复中的应用效果[J].心理月刊,2021,16(3):88-89.
- [8] 刘艳,代玲玲.激励式结合放松式心理干预在脊柱骨折病人护理中的应用价值研究[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(23):283,286.
- [9] 邵秀德.脊柱骨折合并截瘫伴焦虑抑郁病人的心理护理研究[J].心理月刊,2018(12):27.
- [10] 段人榕.激励式结合放松式心理干预在脊柱骨折病人护理中的应用效果分析[J].全科护理,2018,16(30):3781-3783.