

认知行为疗法在脑卒中后抑郁护理的效果探析

杨 慧

荆州市第一人民医院神经内科二病区 湖北荆州 434000

摘要:目的:探析在脑卒中后抑郁护理中,实施认知行为疗法的具体效果。方法:选择84例脑卒中后抑郁患者作为监测对象,随机将其分为两组展开分析,其中对照组42例实施常规性的护理措施,观察组42例基于对照组增加认知行为疗法。对比两组干预前后的负面情绪、精神状态、神经功能、生活质量,对比护理配合度。结果:干预后,观察组在负面情绪、精神状态、神经功能及生活质量方面的评分表达均优于对照组,且护理总配合度为95.24%,高于对照组73.81%,差异存在显著性($P<0.05$)。结论:认知行为疗法有利于纠正患者的不良认知,帮助患者培养积极行为和有效处理情绪,在脑卒中后抑郁护理中有广阔应用前景。

关键词:脑卒中;脑卒中后抑郁;认知行为疗法;情绪

引言

脑卒中不仅危害患者的躯体健康,而且会对患者的认知及情绪产生不利影响。而脑卒中后抑郁作为脑卒中患者的常见并发症,目前已成为影响患者全面康复的主要危险,备受人们关注。由于脑卒中后抑郁的病程长、康复慢,药物及物理等治疗方式的效果有限,且安全性不高,也容易加大患者及家属的经济负担^[1]。相关研究指出,在脑卒中后抑郁患者的治疗中,认知行为疗法被大力推广,并凭借其在缓解不良情绪和改善精神状态方面的积极作用被广泛关注^[2-4]。本研究为进一步探究认知行为疗法在脑卒中后抑郁护理中的作用,特选择84例该疾病患者作为监测对象展开分析,时间为2023年3月至2024年2月,具体如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

一共选择84例脑卒中后抑郁患者作为监测对象,时间在2023年3月至2024年2月之间。纳入标准:系统检查后确诊为脑卒中,且存在情绪低落、失眠等抑郁表现;病情相对稳定。排除标准:心肝肾等功能严重不全;既往接受过抗抑郁治疗者;有认知障碍、精神系统疾病者;配合度较差者。患者依据双盲法分为对照组、观察组展开分析,对照组42例:男女各有24例、18例,年龄22-48(35.03 ± 4.25)岁,病程1-4(2.54 ± 0.61)年。观察组42例:男女各有23例、19例,年龄23-50(36.01 ± 4.32)岁,病程1-3(2.21 ± 0.62)年。对比两组的资料信息分布,差异不具有显著性($P>0.05$),

说明两组具有对比价值。

1.2 方法

对照组:予以常规性的护理措施,具体包括疾病相关知识和日常生活方面的健康宣教,主要采用开办集体讲座、发放健康手册和专家咨询等方式;生命体征及病情方面的监测和观察;督促并培养患者养成良好作息和生活习惯;给予患者足够的心理支持和情绪疏导;保持病房环境的清洁、舒适等。

观察组:基于对照组护理措施增加认知行为疗法,具体包括:(1)构建小组并制定干预计划:邀请具备资格认证的心理咨询师,以及患者的责任护士组成认知行为护理小组,组内共同对患者进行全面调查,分析患者在疾病方面的认知程度,以及存在认知偏差的相关原因。结合既往护理经验,以及前沿研究结果,论证认知行为疗法在脑卒中后抑郁护理中的积极应用效果,制定具体的认知行为干预方案。

(2)认知行为疗法的系统宣教:认知行为疗法是目前相对成熟且先进的心理治疗手段,但多数患者对该干预手段的认知有限,加之部分护理人员的操作专业度也有缺陷,可能会在一定程度上降低干预效果。基于此,由组内的心理咨询师负责对小组成员、患者和家属进行认知行为疗法的系统宣教,讲解作用机制和核心理论,普及实际操作过程中的方式方法,并强调配合的重要性,进一步保证认知行为疗法的应用效果。(3)认知行为疗法的具体干预方法:共制定7次认知行为干预进程,明确每次干预的目的和实施方法,每周

2次。①第1次:构建信任,明确认知偏差类型。主动与患者沟通交流,耐心解答患者疑惑,并仔细倾听患者感受,理解患者心境,缩短患者和护理人员之间的距离,增强彼此的信任感。综合患者的性格特征、文化程度、情绪管理能力、日常生活能力、家庭及社会关系等多方面情况,评估并明确患者的不良认知类型。②第2次:健康教育,掌握初步康复训练方法。通过多样化的健康教育方法,对患者及家属进行脑卒中的疾病教育,普及配合治疗的重要性和必要性,了解认知行为疗法的实施效果,帮助患者构建正确且合理的行为认知。选择预后良好的病例,对患者进行现场分享,增强患者的抗病信心。讲解康复训练在控制病情和调节情绪中的重要性,讲解训练计划和方法等。③第3-6次:纠正不良认知,掌握康复训练方法。鼓励患者主动开展康复训练,给予正面反馈和鼓励。针对患者病情,制定康复训练计划,布置作业,包括森田疗法、腹式深呼吸训练、沙盘游戏等,协同家属对患者的康复训练执行情况进行督促。对康复训练存在错误认知的患者,引导患者主动意识到问题所在,并改变思维认知方式,科学、合理地开展各项康复训练。④第7次:全面评估,强化正确认知。

1.3 观察指标

表1 两组干预前后的负面情绪及精神状态变化(分, $\bar{x} \pm S$)

| 组别 | 例数 | HAMA | | HAMD | | MSSE | |
|-----|----|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 |
| 对照组 | 42 | 28.27 ± 4.45 | 15.71 ± 3.88 | 29.81 ± 4.64 | 15.82 ± 3.11 | 29.01 ± 0.59 | 27.37 ± 1.03 |
| 观察组 | 42 | 28.11 ± 4.52 | 11.34 ± 3.15 | 29.67 ± 4.53 | 12.65 ± 3.55 | 29.13 ± 0.64 | 29.22 ± 0.56 |
| t | - | 0.163 | 5.667 | 0.140 | 4.353 | 0.893 | 10.226 |
| P | - | 0.871 | < 0.05 | 0.889 | < 0.05 | 0.374 | < 0.05 |

2.2 两组干预前后的神经功能及生活质量变化

结果可知,两组干预后的神经功能好转,生活质量提高,其中观察组优于对照组,差异存在显著性($P < 0.05$),见表2。

表2 两组干预前后的神经功能及生活质量变化(分, $\bar{x} \pm S$)

| 组别 | 例数 | 神经功能 | | 生活质量 | |
|-----|----|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 |
| 对照组 | 42 | 21.22 ± 2.71 | 13.77 ± 2.15 | 68.46 ± 3.71 | 80.66 ± 3.73 |
| 观察组 | 42 | 21.35 ± 2.69 | 10.16 ± 3.01 | 68.51 ± 3.82 | 88.52 ± 4.05 |
| t | - | 0.221 | 6.325 | 0.061 | 9.252 |
| P | - | 0.826 | < 0.05 | 0.952 | < 0.05 |

2.3 两组护理配合度对比

结果可知,观察组的护理配合度表现更优,总配合度为95.24%,高于对照组73.81%,差异 $P < 0.05$,见表3。

对比两组干预前后的负面情绪、精神状态变化,负面情绪主要借助HAMA(0-68分)、HAMD(0-56分)自评量表评估,分值越高,代表负面情绪越严重;精神状态借助MMSE量表评估,总分0-30分,分值越高,精神状态越佳^[5]。比较两组干预前后的神经功能及生活质量,其中神经功能借助NIHSS量表评估,0-42分,分值越低,神经功能越佳^[6]。生活质量借助SF-36量表评估,0-100分,分值越高,生活质量越好^[7]。比较两组的护理配合度,借助自评量表展开分析,总分100分,90分及以上者为完全配合,80-89分之间者为部分配合,80分以下者为不配合;总配合度为完全配合和部分配合的人数占比之和。

1.4 统计学处理

借助SPSS25.0进行研究数据的录入和处理,具体通过t检验、卡方检验分析, $P < 0.05$ 为差异存在统计学意义。

2. 结果

2.1 两组干预前后的负面情绪及精神状态变化

结果可知,两组干预后的负面情绪及精神状态均有改善,但观察组优于对照组,差异存在显著性($P < 0.05$),见表1。

表3 两组护理配合度对比(n, %)

| 组别 | 例数 | 完全配合 | 部分配合 | 不配合 | 总配合度 |
|----------|----|------|------|-----|-----------|
| 对照组 | 42 | 13 | 18 | 11 | 31(73.81) |
| 观察组 | 42 | 19 | 21 | 2 | 40(95.24) |
| χ^2 | - | - | - | - | 7.372 |
| P | - | - | - | - | 0.007 |

3. 讨论

脑卒中是常见脑血管疾病之一,不仅导致患者出现生理上的健康问题,还会对患者的精神心理造成损害,危害不言而喻。脑卒中后抑郁是脑卒中患者发生在精神心理层面的常见并发症,十分不利患者的全面康复,可能导致住院时间延长、死亡风险增大、疾病治疗复杂化等不良后果,目前已成

为影响脑卒中患者功能康复和控制复发的主要危险因素^[8]。分析发现,脑卒中后抑郁的治疗以脑卒中及其二级预防为首要治疗手段,但积极心理辅导和家庭成员及社会的关怀也不可或缺,因此为脑卒中后抑郁患者制定全面、科学及有效的护理计划十分重要^[9]。认知行为疗法相较于常规护理而言,注重通过改变患者的不良思维模式和行为习惯,来帮助患者走出心理困境和解决其他相关的心理健康问题^[10]。张彩霞,徐玉丽等^[11]研究明确,在青年脑卒中中抑郁患者的康复护理中,引入基于认知-行为的心理护理,能直接针对患者的负面思维方式制定干预方案,帮助患者识别和改变导致不良情绪的不合理思维和行为模式并及时纠正,最终起到调节情绪和改善生活质量的目的。在李晋娜,贾龙斌等^[12]人的研究中也进一步明确了脑卒中后抑郁实施认知行为疗法对改善患者精神状态和神经功能的积极影响。本次研究结果显示,通过实施认知行为疗法的观察组患者,干预后的负面情绪、精神状态、神经功能及生活质量的评分表达均优于干预前,且与对照组的指标也存在显著差异($P<0.05$);同时,观察组的护理配合度也高于对照组,差异 $P<0.05$;与上述研究结果基本相符,进一步证实了积极行为疗法在脑卒中后抑郁护理中的有效性。分析原因,通过对患者进行全面的认知评估,明确认知偏差类型,针对性制定干预进程,并明确每个干预进程的目的、内容及实施方法,强化健康宣教和康复训练,协同患者家属进行督促和指导,有利于帮助患者改变消极行为,树立正确认知,从而增强情绪管控能力,实现负面情绪的调节和精神状态的好转,间接减轻脑卒中的核心症状,促进神经功能提高和生活质量改善^[13-14]。

综上所述,认知行为疗法能通过改变患者思维认知和消极行为的方式,促进患者处理不良情绪,减轻心理负担,值得在脑卒中后抑郁患者的护理中推广应用。

参考文献:

[1] 韩奇,施聚峰,马俊,等. 认知行为疗法联合重复经颅磁刺激改善脑卒中患者睡眠及焦虑抑郁情绪[J]. 神经损伤与功能重建,2021,16(11):669-671.

[2] 方英姿,程安琪. 认知行为疗法配合电针灸治疗卒中后抑郁效果观察[J]. 天津护理,2020,28(2):219-221.

[3] 高艳,刘悦,魏婷婷. 基于循证护理的认知行为干预对脑卒中患者早期康复锻炼依从性的影响[J]. 护理实践与研究,2022,19(5):692-695.

[4] 赵青. 抗阻运动联合认知行为疗法对脑卒中患者下肢运动功能和生活质量的影响研究[D]. 贵州中医药大学,2020.

[5] 李泽文,刘丽,张义,等. 五音调神法对急性缺血性脑卒中病人创伤后应激障碍及睡眠质量的影响[J]. 护理研究,2023,37(4):577-583.

[6] 李志婷,刘红,闫瑞云. 吞咽功能评估量表为基础的分级干预联合知情行为治疗脑卒中术后患者的疗效[J]. 医学临床研究,2023,40(2):315-318.

[7] 杨雪雯,刘志坚,于丹丹, et al. 认知行为疗法对脑卒中后抑郁患者干预效果的 Meta 分析[J]. 中西医结合护理(中英文),2020,6(9):37-42.

[8] 彭铁生,万里飞,张钊勇,等. 认知行为疗法联合西酞普兰治疗脑卒中后抑郁的临床疗效分析[J]. 现代诊断与治疗,2020,31(20):3309-3310.

[9] 刘娟,徐明礼,张军. 认知行为疗法在脑卒中后抑郁、神经功能受损患者康复治疗中的应用效果[J]. 特别健康,2021(10):251-252.

[10] 董蓉洁. 认知行为疗法联合米氮平治疗脑卒中后抑郁的临床观察[J]. 东方药膳,2021(17):229.

[11] 张彩霞,徐玉丽,智喜荷,等. 基于认知-行为的心理护理对青年脑卒中后抑郁的康复效果的影响[J]. 国际精神病学杂志,2020,47(3):606-608,612.

[12] 李晋娜,贾龙斌,许丽娜,等. 认知行为疗法联合药物治疗卒中后抑郁的临床观察[J]. 中国药物与临床,2020,20(22):3713-3716.

[13] 陆晶晶,韩萍. 认知行为疗法在老年脑卒中后抑郁患者的应用研究进展[J]. 健康忠告,2021(16):186.

[14] 郑静,胡欢欢,叶梦颖,等. 脑卒中患者出院计划的构建[J]. 上海护理,2024,24(09):14-18.

作者简介:

杨慧(1993-),女,汉族,湖北荆州人,本科,主管护师,现从事临床护理。