

# 个性化心理护理对妊娠合并慢性乙型病毒性肝炎患者的临床效果观察

金琳

中南大学湘雅二医院, 湖南 长沙 410000

**摘要:**目的:观察个性化心理护理对妊娠合并慢性乙型病毒性肝炎患者的临床应用效果。方法:回顾性分析自2016年6月至2019年6月我院收治的273例妊娠合并慢性乙型病毒性肝炎患者临床资料,根据其接受的不同护理干预分为观察组与对照组,分别比较两组患者在不同孕周治疗前后的心理状态(焦虑与抑郁评分)、阴道分娩率、母乳喂养率及新生儿出生体重。结果:共有216例患者入组,两组患者的心理焦虑与抑郁评分在不同孕周治疗前后均有明显下降,但治疗组下降更为显著,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组患者阴道分娩率及母乳喂养率均明显高于对照组( $P < 0.05$ );观察组患者新生儿出生体重高于对照组( $P < 0.05$ )。结论:对于妊娠合并慢性乙型病毒性肝炎的患者实行个体化心理护理可有效缓解患者的焦虑及抑郁状态,提高足月妊娠患者的阴道分娩率及母乳喂养率,增加新生儿出生体重,值得临床推广。

**关键词:**孕妇;乙型病毒性肝炎;个性化;心理护理

我国是慢性乙型病毒性肝炎(以下简称乙肝)高发地区之一,根据2006年的一项血清流行病学调查显示我国约有7.18%的人携带乙肝病毒<sup>[1]</sup>,其传播类型主要有四种:血液及血液制品传播、母婴垂直传播、密切接触传播以及医源性传播,其中母婴垂直传播是新生儿感染的主要传播途径。据报道每年约有30%的乙肝感染通过母婴传播获得<sup>[2]</sup>。由于乙肝患者通常治疗病程长且目前尚无根治性药物,加之公众对乙肝疾病认识不足,往往对此类患者产生歧视或畏惧心理,而患者本身也因对疾病缺乏理性认知或因疾病对身体造成的痛苦及经济压力等产生一系列精神负担<sup>[3]</sup>。妊娠合并乙肝的患者在此基础上因担心疾病对胎儿可能造成的影响,更加承受着巨大的精神压力,如焦虑恐惧心理、悲观失望心理、自卑孤独心理等<sup>[4]</sup>。

随着现代护理模式的不断改变与创新,心理护理取得了显著的临床效果,其临床地位也变得越来越重要,目前已经被普遍应用到临床护理实践过程中。我院近年来开始对于妊娠合并慢性乙肝的患者采用个性化的心理护理模式并取得了良好的临床效果,现总结报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

本研究收取自2016年6月至2019年6月于我院收治的273例妊娠合并慢性乙肝患者临床资料,根据其接受的不同护理模式分别纳入观察组与对照组。另外,根据两组患者加入试验时的孕周不同,每组将分别分为三个亚组:孕早期开始加入即孕早期全程参与试验的患者定义为全程组;孕中期开始加入的患者定义为中期组;孕晚期开始加入试验的患者定义为晚期组。纳入标准及排除标准如下:

纳入标准:①所有患者均为我院首诊且经临床确诊;②均为初产妇,年龄 $\geq 18$ 岁且 $\leq 35$ 岁;妊娠至足月,在我院定期产检并于我院产科分娩;③具有正常沟通交流能力者;④依从性良好,患者各项临床信息及相关资料完善,可供查询。

排除标准:①中途退出或随访脱落者;②合并有其他肝脏疾病或其他脏器、血液系统恶性肿瘤,或严重全身性疾病者;③有妊娠并发症或合并症,如妊娠期糖尿病、妊娠期高血压疾病等;④伴有精神、认知功能障碍或既往患有焦虑、抑郁病史;⑤无法正常沟通交流者。

本研究通过我院伦理委员会审批,所有患者均签署知情同意书。

### 1.2 方法

对照组采用我科常规护理模式。主要护理内容包括:(1)一般性的生活和护理指导;(2)统一发放乙肝相关的健康教育手册;(3)回答患者或家属提出的健康及药物服用问题;(4)采用集体宣教方法向患者讲解疾病健康知识及并发症预防。

观察组在对照组的常规护理基础上给予个体化的心理护理干预措施,具体包括:①建立个人心理特征档案及个体化

心理干预:通过收集患者职业、经济水平、兴趣爱好、受教育程度、性格特点等信息,由具有心理咨询资质的护士综合评估患者的生活方式、性格特点以及病情状况,了解患者对乙肝疾病知识的掌握程度,运用心理状态抑郁自评量表(SDS)及焦虑自评量表(SAS)<sup>[5,6,7]</sup>评估患者的心理状态,对可能使患者产生不良情绪的因素进行了解分析并根据其心理需求来制定针对性的心理干预方案。责任护士了解患者的社会、文化背景,建立良好的护患关系,鼓励患者主动表达内心感受,护理人员对其倾诉的问题给予耐心的聆听与疏导,并主动解决她们的临床需求与存在的疑虑等,并联合妇产科医护人员根据患者在不同孕期的实时精神状态给予及时的疏导、安慰、支持和鼓励等心理指导直至分娩结束;②个性化虚假错误信息泛滥,因此在认识上出现很多误区。且由于乙肝治疗周期长,部分患者在治疗过程中常难以遵医嘱或拒绝甚至放弃治疗,护理人员根据前期患者认知薄弱点利用幻灯片、动画等形式,以生动形象、通俗易懂的语言讲解疾病及药物相关知识,告知其药物治疗的积极作用、注意事项、可能存在的对母体或胎儿的不良反应及解决措施并鼓励患者在授课活动中相互交流,提高患者治疗过程中的依从性;③心理放松干预:提供安静舒适的病房环境,室内以暖色调布置为主,提供舒缓音乐、娱乐书籍等分散转移患者注意力,缓解其心理、生理不适感;④家庭心理支持:积极发动患者家属及亲戚朋友,特别是夫妻双方父母及配偶,缓解家属的恐惧、焦虑心理,通过陪伴及鼓励提高患者对家庭的认可度,增强患者信心;⑤集体心理干预:将患者分为多个交流组(每组8~10人),组织小组成员讨论沟通,通过同伴教育产生良性暗示效果,并定期邀请治疗成功的患者分享治疗经验,增强患者战胜疾病的信心,从内心积极接受治疗及护理干预。出院后通过微信平台或电话回访定期与患者进行交流指导,使其保持良好的情绪状态。⑥生活干预:指导患者养成健康生活方式,合理饮食,保持营养平衡。保持适量运动与充分休息,避免过度劳累,指导其注意劳逸结合,培养良好的生活习惯。

### 1.3 观察指标

本研究的观察指标主要包括以下几个方面:

(1)分别观察比较两组患者在不同孕期干预前、后的心理焦虑与抑郁状态评分。

该试验中,孕早期定义为从确诊宫内妊娠至孕12周末,孕中期定义为孕13周至孕25周末,孕晚期定义为孕26周至40周<sup>[8]</sup>。

心理状态评分分别采用焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)及抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)。其中SAS量表包括20项评估内容,可较客观的反映有焦虑倾向者的主观感受。其评分标准为:没有或很

少时间计 1 分;小部分时间计 2 分;相当多时间 3 分;绝大部分或全部时间计 4 分。采用四级计分法,总

分乘以 1.25 得标准分。焦虑评定的临界值标准分为 50 分,≥50 分评定为存在焦虑,分值越高焦虑倾向越明显。其中≥50 分且<60 分为轻度焦虑,≥60 分且<70 分为中度焦虑,≥70 分为重度焦虑。SDS 量表包括 20 个条目,采用由轻至重 4 级评分,计分标准与 SAS 量表相同,按 1-4 级计分法,查表可得出标准分。抑郁评定的临界值标准分为 50 分,≥50 分为存在抑郁,分值越高抑郁倾向越明显。≥50 分且<60 分为轻度抑郁,≥60 分且<70 分为中度抑郁,≥70 分为重度抑郁。

表 2-1 两组患者一般资料 ( N=216 )

组别	N ( 例 )	年龄 ( 岁 )	学历水平			经济水平		
			初中	高中	大专及以上	贫穷	一般	小康
观察组	103	27±4.12	5	31	67	3	57	43
对照组	113	26±3.91	7	35	71	2	62	49
P 值		> 0.05	> 0.05	> 0.05	> 0.05	> 0.05	> 0.05	> 0.05

表 2-2 两组患者在不同孕期治疗前、后的心理焦虑状态评分比较 ( N=216 )

组别	全程组		P 值	中期组		P 值	晚期组		P 值
	干预前	干预后		干预前	干预后		干预前	干预后	
观察组	53.6±3.8	33.4±4.1	0.024	61.3±6.3	39.7±3.2	0.012	67.1±4.4	45.2±6.5	0.006
对照组	52.9±4.0	41.6±3.5	0.016	60.8±6.1	45.6±4.9	0.026	67.1±3.9	52.3±5.9	0.018
P 值	0.153	0.025		0.204	0.016		0.097	0.022	

表 2-3 两组患者在不同孕期治疗前、后的心理抑郁状态评分比较 ( N=216 )

组别	全程组		P 值	中期组		P 值	晚期组		P 值
	干预前	干预后		干预前	干预后		干预前	干预后	
观察组	48.5±4.1	31.2±3.3	0.017	55.3±3.3	34.8±3.7	0.007	62.4±4.6	41.6±5.3	0.005
对照组	47.3±4.6	38.6±3.1	0.026	54.8±2.9	40.3±3.8	0.037	62.6±4.3	48.7±4.1	0.022
P 值	0.223	0.041		0.178	0.028		0.267	0.032	

表 2-4 两组患者阴道分娩率及母乳喂养率比较 ( n,% )

组别	全程组		中期组		晚期组		总计	
	阴道分娩率	母乳喂养率	阴道分娩率	母乳喂养率	阴道分娩率	母乳喂养率	阴道分娩率	母乳喂养率
观察组	72/78(92.3)	62/78(79.5)	8/13(61.5)	8/13(61.5)	7/12(58.3)	5/12(41.7)	87/103(84.5)	75/103(72.8)
对照组	62/84(73.8)	58/84(69.1)	11/16(68.8)	8/16(50.0)	7/13(53.8)	4/13(30.8)	80/113(70.8)	70/113(61.9)
P 值	0.011	0.031	0.059	0.005	0.103	0.014	0.027	0.016

( 2 ) 分别观察比较两组患者阴道分娩率及母乳喂养率。  
( 3 ) 分别观察比较两组患者新生儿出生体重。

#### 1.4 统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计学软件对数据进行处理。其中计量资料以 (  $\bar{x} \pm s$  ) 表示,采用 t 检验;计数资料以率 (%) 表示,采用  $\chi^2$  检验。定义  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

#### 2 结果

在收取的 273 例患者资料中,排除 57 例 ( 26 例于外院终止妊娠,8 例合并妊娠期糖尿病,10 例合并妊娠期高血压,2 例重度子痫前期,6 例失访,5 例中途退出 ), 共 216 例入组,其中观察组 103 人,对照组 113 人。两组患者的整体基线临床资料 ( 年龄、文化水平、经济水平 ) 均具有可比性,差异无统计学意义 (  $P > 0.05$ , 见表 2-1 )。各亚组患者的临床资料亦具有可比性,差异无统计学意义 ( 数据未详细展示 )。

#### 2.1 两组患者在不同孕期治疗前、后的心理焦虑与抑郁状态评分比较

两组患者在不同孕期确诊时,其相对应亚组患者的焦虑与抑郁评分在干预前均无统计学差异 (  $P$  值均  $> 0.05$  )。观察组患者中,孕中期组与全程组患者在干预前其焦虑及抑郁评分均有具有统计学差异,孕中期与孕晚期患者相比差异无统计学意义,对照组患者亦是如此,表明对于妊娠合并慢性乙肝的患者,随着确诊时孕周的增大,其心理焦虑及抑郁评分也呈增高趋势 ( 此部分数据未再详细展示 )。

各亚组患者干预后的焦虑及抑郁状态评分较干预前均有明显改善 (  $P$  值均  $< 0.05$  ), 但观察组效果更为显著 (  $P$  值均  $< 0.05$  ), 见表 2-2, 表 2-3。

观察组中,全程组患者干预后的焦虑与抑郁评分与中期组、晚期组相比均有统计学差异,表明对于妊娠合并慢性乙肝患者,越早进行个体化心理干预,其干预效果越明显 (  $P$  值均  $< 0.05$ , 此部分数据未详细展示 )。

#### 2.2 两组患者阴道分娩率及母乳喂养率比较

观察组患者阴道分娩率及母乳喂养率均明显高于对照组 (  $P$  值均  $< 0.05$  )。观察组的全程组亚组患者阴道分娩率及母乳喂养率均显著高于对照组 (  $P$  值均  $< 0.05$  )。数据见表 2-4。

#### 2.3 两组患者新生儿出生体重比较

观察组患者新生儿体重高于对照组 (  $P < 0.05$  ), 差异在全程组亚组中更为显著,见表 2-5。

表 2-5 两组患者新生儿出生体重比较 ( 单位 : g )

	全程组	中期组	晚期组
观察组	3320±230	3240±170	3130±220
对照组	3010±200	3110±190	2970±180
P 值	0.002	0.034	0.019

#### 3 讨论

慢性乙型病毒性肝炎目前尚无治疗特效药物,且传染性强、治疗费用高、病情容易反复,部分患者最终会进展为肝硬化、肝癌,危及患者的生命安全并严重影响生活质量。由于社会大众目前对疾病认识不足以及偏见等原因,此类患者往往无法投入到正常的生活、工作学习中,加上疾病造成的身体痛苦及经济压力,多数患者在病程中都会出现自卑、厌世或焦虑抑郁等负面情绪,甚至部分心理脆弱的患者可能进一步发展为精神疾病<sup>[9]</sup>。这种情况对于妊娠合并慢性乙肝的患者来说可能更为突出,张培、王立峰等<sup>[8]</sup>分别采用 SAS 量表、SDS 量表及社会支持量表对乙肝病毒感染孕妇和正常孕妇在不同孕期的情绪状况进行分析,结果表明乙肝感染的孕妇在孕晚期焦虑抑郁评分明显高于正常孕妇,且孕晚期焦虑抑郁评分明显高于孕早期。本试验中亦观察到此种现象,其原因可能是随着孕周的增大,孕妇对新生儿的出生结局更加关注,但由于信息不对称或网络虚假信息的干扰,使孕妇关

于乙肝病毒对母婴危害的认知产生偏倚或被严重放大,从而导致了更多的焦虑及抑郁情绪的产生。钟钧等<sup>[10]</sup>对乙肝病毒感染孕妇和正常孕妇进行的心理健康状况和生活质量调查分析也表明乙肝病毒感染的孕妇普遍存在焦虑抑郁情绪,且生活质量较差。因此有学者提出,科学、系统地分析妊娠合并乙肝患者的心理状态,采取个性化的心理护理措施,不但可以维持良好的医患关系,而且会增强患者的信心,提高治疗效果,同时可以明显改善妊娠结局<sup>[11]</sup>。

本试验通过建立个人心理特征档案,通过收集患者职业、经济水平、兴趣爱好、受教育程度、性格特点等信息,结合患者在不同孕期的 SAS、SDS 评分综合了解分析并根据其心理需求来制定个性化的、系统的心理干预方案。同时,本试验也注重家庭心理支持以及集体心理干预(即社会支持)。一项关于乙型肝炎病毒孕妇家属的心理状况调查表明,乙肝孕妇家属 SCL-90(症状自评量表)中人际关系敏感、焦虑、抑郁及恐惧因子显著高于国内常模,对胎儿健康的担心、对孕妇身体状况及疾病预后的担心、自我防护知识的缺乏、社会支持的缺乏等是其影响因素<sup>[12]</sup>。本试验积极发动患者家属及亲戚朋友,特别是夫妻双方父母及配偶,改善患者家属的焦虑、恐惧情绪,通过陪伴及鼓励提高患者对家庭的认可度,发挥出家庭支持的作用,解决患者的“后顾之忧”,更加增强了患者战胜疾病的自信心。另外,本试验还通过成立交流组沟通、同伴教育以及邀请治疗成功患者分享自我管理经验等方式来进行集体心理干预。有研究表明集体心理治疗有利于改善患者人际关系及焦虑抑郁情绪<sup>[13,14]</sup>。

通过以上个体化心理护理干预,试验结果表明观察组与对照组患者的心理焦虑与抑郁评分在不同孕周治疗前、后均有明显下降,但治疗组下降更为显著。观察组患者阴道分娩率、母乳喂养率及新生儿出生体重均明显优于对照组。同时本试验也观察到,不管在观察组还是对照组,越早进行干预,其临床效果可能越好。

总之,对于妊娠合并慢性乙型肝炎的患者实行个体化心理护理可有效缓解患者的焦虑及抑郁状态,提高足月

妊娠患者的阴道分娩率及母乳喂养率,增加新生儿出生体重,值得临床推广。但仍需大样本、多中心、前瞻性临床研究来证实。

#### 参考文献

- [1]李正莲,黎艳.乙型病毒性肝炎孕妇家属的心理状况调查[J].护理学杂志,2013(11):72-73.
- [2]张芯瑜,武俊,高珊.乙肝病毒垂直传播及免疫预防的研究现状[J].中华围产医学杂志,2002(3):231-232.
- [3]陈兆霞,许巧珍.多元化健康教育对慢性乙型肝炎抗病毒治疗患者知信行水平及自我管理能力的影晌[J].医学临床研究,2019,36(1):137-139.
- [4]王玉敏.妊娠合并乙肝孕妇的心理状态与心理护理体会[J].中国社区医师(医学专业),2010(12):187.
- [5]汪向东,王希林,马弘.心理卫生评定量表手册(增订版).北京:中国心理卫生杂志社,1999.318-320.
- [6]陶芳标.心理卫生评定量表的正确应用[J].中国学校卫生,2003,24(4):297-298.
- [7]杨超,洪玉珍.心理护理干预对复发性流产患者行辅助生殖技术妊娠结局的影响[J].国际护理学杂志,2017,37(11):1543.
- [8]张培,王立峰,陈素霞,etal.乙肝病毒感染孕妇不同孕期情绪状况分析[J].河北医药,2015,37(5):715-716.
- [9]田荣芝,张玲,姚玉华.心理干预对慢性乙肝患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2019,25(07):95-97.
- [10]钟钧,杨舜英,余双辉.乙肝病毒感染孕妇心理健康状况与生活质量的调查分析[J].中国现代医生,2010(15):100-101.
- [11]王玉敏,刘利霞.妊娠合并乙肝孕妇的心理状态与心理护理体会[J].中国社区医师(医学专业),2010(12):187.
- [12]李正莲,黎艳.乙型病毒性肝炎孕妇家属的心理状况调查[J].护理学杂志,2013(11):72-73.
- [13]卫步霄,苏军.集体心理治疗对抑郁症的疗效分析[J].中国药物与临床,2015(9):98-99.
- [14]范春玲,唐登华,赵德明,等.集体心理治疗对青少年抑郁障碍的干预效果[J].中国学校卫生,2010,31(4):58-60.