

神经内科住院患者焦虑及抑郁状况的护理临床研究

王丽珍

内蒙古自治区人民医院神经内科 内蒙古 呼和浩特 010010

摘要:目的: 讨论心理护理干预对神经内科住院治疗患者焦虑和抑郁情绪的影响。方式: 将2018年2月~2021年12月, 200例神经内科住院治疗患者名字任意分成例, 每一组100例。2组均接纳医护, 观察组接纳心理护理干预。比较2组干预前后左右焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)评分。**结论:** 开展多因素分析。研究发现, 神经功能缺损、自我管理能力和神经大条是抑郁症的诱发因素。对照组全部患者都有一定程度的焦虑和抑郁, 平均高过国际标准值。观察组焦虑情绪、抑郁程度缓解, 与干预前比较有显差异, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); > 30 且 ≤ 60 年龄层患者焦虑抑郁得分比较高。**结果:** 心理护理干预可以有效克服神经内科住院治疗患者存在焦虑、焦虑等负性情绪。

关键词: 神经内科; 焦虑、抑郁; 心理护理

引言

焦虑和抑郁是神经内科患者比较常见的病发症。关键临床表现为恼怒、焦虑情绪、健身运动阻碍、失眠病和躯体化症状。与此同时, 大家越来越重视身心健康。临床医生十分重视神经内科患者的精神疾病。抑郁症与焦虑的表现: 在精神病学临床实验中, 焦虑情绪患者表现的不仅仅是精神上的, 更加繁杂和隐蔽。在其中, 除失眠症外, 显著病症有腹痛、头昏、月经混乱、四肢无力、胸闷气短、心慌气短、发麻等。也有不真实、出虚汗、腹痛、浑身发抖、全身瘫痪等不适。患者常常或不断觉得精神紧张, 工作中心烦, 与武汉的日常沟通交流焦虑不安。日常生活中的琐事可能会造成患者的担忧, 而且在休息的时候心神不安。因此, 这种情况准确率低, 非常容易与其他疾病搞混。医生和医护人员对病症不敏感, 难以被医生和医护人员马上鉴别。为了解神经内科住院治疗患者焦虑抑郁情况, 剖析医院神经内科住院治疗患者焦虑抑郁情况, 并剖析其特点以及相关风险源^[1-2]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2018年2月~2021年12月在于我院神经内科住院治疗的200例患者, 任意分成2组, 观察组100例, 对照组100例, 平均 (61.3 ± 8.4) 岁, 年龄37~74岁, 平均 (60.5 ± 8.1) 岁。2组在年纪、性别比、疾病类型等一般资料上差别无显著性差异, 无统计学意义 ($P > 0.05$), 具备对比性。纳入标准: 疾病诊断为神经内科疾病, 患者无比较严重脑血管意外, 能互相交流, 表述意向清楚。排除标准: 清除严重精神障碍、视觉阻碍、脑血管

意外、用语不具体的患者^[3]。

1.2 方法

选用焦虑自评量表和抑郁自评量表, 根据详解评价方法, 依据患者自身情况开展等级分类。SAS界值50分, 轻度焦虑50~59分, 中度焦虑60~69分, 重度焦虑70分以上。SDS分析值53分, 轻度抑郁症53~62分, 中度抑郁63~72分, 重度抑郁73分以上。依据患者的焦虑和抑郁评定, 给与患者适度的心理疏导、疾病知识的兴起和情绪减轻练习, 随后选用SAS和SDS开展评定^[4]。

1.3 统计学方法

数据统计分析采用SPSS21.0软件, 计量数据用 $(\bar{x} \pm s)$ 表明, 采用 t 检验; 数据信息以%表明, 采用 χ^2 检验; 采用多元化逐步回归分析负性情绪影响因素, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 多因素分析

通过多因素分析法来实施分析, 不难看出, 神经功能缺失、生活自理能力以及神经质是由于抑郁症产生的高危因素, 见表1。

表1 患者焦虑抑郁状态影响因素

影响因素	表现	例数	比例
神经功能缺失	无、轻度、中度、重度	8	8.00
生活自理能力	无、轻度、中度、重度	7	7.00
外倾向	稳定、不稳定	5	5.00
家庭社会支持	好、一般	8	8.00
神经质	稳定、不稳定	2	2.00

2.2 对比干预前后患者的SAS评分、SDS评分

对照组, 患者均有不同程度的焦虑和抑郁, 平均水

平均高于中国标准临界分数，观察组，患者焦虑、抑郁程度有所缓解，与干预前对比具有显著差异；差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表2。

表2 对比干预前后患的SAS评分、SDS评分 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	SAS评分(分)	SDS评分(分)
对照组	100	56.43 ± 4.27	59.54 ± 5.21
观察组	100	42.87 ± 5.56	48.71 ± 5.49
<i>t</i>		17.3004	12.7984
<i>p</i>		0.0000	0.0000

2.3 不同年龄段患

不同年龄段患者的焦虑、抑郁评分差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，见表3。

表3 不同年龄组患者HAMA、HAMD评分比较
(分, $\bar{x} \pm s$)

不同年龄段	例数	HAMA评分	HAMD评分
≤ 30	10	17.84 ± 3.81	26.80 ± 6.81
> 30且 ≤ 60	25	18.15 ± 4.53	26.01 ± 6.98
> 60	17	17.51 ± 4.22	26.43 ± 7.18
<i>t</i>		1.367	0.561
<i>p</i>		0.255	0.571

3 讨论

神经内科绝大多数患者有一定的自闭症倾向。严重时，患者很有可能自虐或自尽，这将对患者的临床医学治疗造成主要危害。忧郁症患者缺失生活能力，对生活失去信心。近些年中枢神经系统疾病发病率呈逐年上升趋势，与患者年纪直接相关。因此，本文结合自身的实践活动对神经外科患者的忧郁症进行了分析。患者抑郁症非常严重者，会作出自杀举动，这就需要医护人员加强护理工作。

造成焦虑和抑郁的影响因素：(1)年纪。科研数据显示，焦虑和抑郁的那一部分与年龄相关。年纪越大，抑郁焦虑的概率越多。除年纪外，抑郁和焦虑的概率与患者胎儿性别和级别无明显关联。(2)病症影响的。科学研究表明，患者本身的病症和状态可能会致使本身奇怪的情绪、焦虑和抑郁。尤其是在神经系统内科病房，患上慢性病，身体状况降低。棘手的问题是治疗周期时间增加，给患者和家属产生心身痛楚，耗费许多时间和金钱。随着时间推移，一部分患者也会产生心理和经济负担，加上生病患者社会发展得票率和触碰率不高，一直以来很容易出现各种各样心理和心理健康问题。发病初期患者偏少担心和顾忌病症，但病况延误会增强对器质性病变的认知和了解，减少焦虑和抑郁的发生率，然后

因为病况长期性恶变，焦虑和抑郁的发生率提升。患者所产生的负性能量也会导致患者本身免疫力和免疫力低下，细胞活性降低，出现各种躯体疾病，危害自身病情的治疗和恢复^[5]。

据数据统计，脑损伤会影响到神经系统，造成患者情绪转变。如果他们长期性暴露在压抑感抑郁的情绪中，非常容易抑郁症。在神经外科患者中，老年人患者占较大比率，体力活动能力相对性不够，减少工作能力，危害生活自立能力，在一定程度上加剧生活工作压力。此外，他的自我约束能力较弱，住院治疗也会加重抑郁状态。有关数据显示，患者情绪常常无法控制，提升抑郁症的患病率。治疗时间变长的患者对治疗失去信心，也深陷抑郁症。因而，必须合理布局医院病床，提高患者之间的沟通，强化对病症的了解^[6]。

依据上述剖析，患者发生抑郁症情绪，要采取对应措施防止。医护人员是与患者创建优良关联。解决好医患关系，加强沟通，掌握患者心态，减轻患者精神压力，给与劝说，防止患者发生无力感。积极主动有效沟通是搭建和谐医患关系的重要环节。并且在护理过程中，要耐心倾听患者的倾吐，掌握患者的心理需要，创建和谐的医患矛盾。根据实施措施教育和任意具体指导，使患者了解病症。与此同时需向患者详细介绍病因学专业知识，表明疾病的治疗全过程、可能发生的情况以及患者的合作水平。医护人员多和患者沟通交流，立在患者的视角独立思考，为患者考虑，用语言和行为正确引导患者树立自信心。因而，医护人员应正确引导患者，把握心态，掌握观念，向患者表述积极主动生活，使之更好地了解社会发展，清除消极情绪^[7]。

科学研究神经内科住院治疗患者的焦虑、抑郁症情况，结果显示神经内科各病症患者存有一定程度的焦虑情绪、抑郁情绪，其发病率与胎儿性别不息息相关。通过心理干预，减轻患者心态，普及化疾病知识，调整患者心态，获得了令人满意的实际效果。心理干预后，患者焦虑情绪、抑郁情绪减轻，一部分患者SAS、SDS得分降到临界点下列，与干涉前比较有统计学意义 ($P < 0.05$)。

4 结束语

长期性焦虑抑郁会影响到患者本身病情的发展趋势。神经内科要针对患者的焦虑和抑郁情绪，开展积极主动的预防、治疗和护理，使患者能够以更强的心理状态相互配合治疗，做到较好的功效。护理人员要文化教

育患者，碰到心理健康问题要会自我调整和放松，需要时寻找技术专业协助。护理人员从心理生理学等方面进行治疗，改进焦虑和抑郁情绪。

参考文献

[1]黄群华,黄海珊.住院患者心理状况及其影响因素的研究进展[J].中华现代护理杂志,2019,16(1):114-116.

[2]李俊,曾令琼.神经内科住院患者负性情绪的相关因素及心理护理的干预作用[J].检验医学与临

床,2019,13(5):649-650.

[3]王菁菁,李晓波,谢萍,等.聚焦解决模式对脑卒中患者照顾者照顾准备度和负性情绪的影响[J].中国实用护理杂志,2019,35(21):1623-1627.

[4]李茜茜,姚雅青,王燕,等.社会支持和应对方式对肌萎缩侧索硬化患者生活质量的影响[J].中华保健医学杂志,2019,19(5):382-384.