

家庭式沟通结合激励式干预对子宫肌瘤患者社会支持、心境状态及睡眠质量的影响

卢红¹ 张丽¹ 肖卿华¹ 张艳艳²

(1. 赣州市南康区第一人民医院, 江西 赣州 341400; 2. 赣州市妇幼保健院, 江西 赣州 341400)

[摘要] 目的: 家庭式沟通结合激励式干预对子宫肌瘤患者社会支持、心境状态及睡眠质量的影响。方法: 选取赣州市南康区第一人民医院2019年1月至2021年12月收治的70例子宫肌瘤患者, 随机分为观察组和对照组, 各35例。对照组患者采用常规干预, 观察组患者采取家庭式沟通联合激励式干预, 比较两组患者社会支持评定量表(SSRS)、幸福度量表(MUNSH)评分、负性情绪[焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)]评分以及匹兹堡睡眠质量指数、生活质量量表评分。结果: 干预后, 观察组患者SSRS评分高于对照组, SAS、SDS评分低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 干预后, 观察组患者的正性情感(PA)、正性体验(PE)评分及总分高于对照组, 负性情感(NA)、负性体验(NE)评分低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 干预后, 观察组患者的匹兹堡睡眠质量指数各项评分及总分低于对照组, 生活质量评分高于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 家庭式沟通联合激励式干预可提高子宫肌瘤患者的社会支持评分, 增加主观幸福感, 减少负向体验和焦虑抑郁等负性情绪, 有效提高睡眠质量及生活质量。

[关键词] 子宫肌瘤; 家庭式沟通; 激励式干预

[中图分类号] R 737.33 **[文献标识码]** B

子宫肌瘤是临床上十分常见的女性生殖系统良性肿瘤^[1], 主要症状为子宫出血、腹部包块及压迫症状、疼痛、白带增多、流产等, 在中年妇女的育龄阶段中发病率高, 可达到20%~25%^[2]。一般采取肌瘤切除术和子宫切除术的外科治疗法, 术前患者常出现焦虑、恐惧等不良情绪, 术后会损伤患者卵巢内分泌功能, 甚至影响性功能及生活质量^[3], 带来心理上的伤害, 故采取有效措施可尽可能避免患者产生不良情绪, 提高主观幸福感, 增加社会支持度。家庭式沟通可使患者得到优质的、人性化的护理服务, 并引导患者对该疾病树立正确的认知^[4]。激励式干预给予患者最大程度的肯定和鼓励, 影响患者对治疗的态度、加强对治疗后的康复信心, 提高患者自我护理的积极性^[5]。本研究观察家庭式沟通结合激励式干预对子宫肌瘤患者社会支持、心境状态及睡眠质量的影响, 具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取赣州市南康区第一人民医院2019年1月至2021年12月收治的70例子宫肌瘤患者, 随机分为观察组和对照组, 各35例。两组患者一般资料比较, 差异均

无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性, 见表1。

表1 两组患者一般资料比较 ($n = 35, \bar{x} \pm s$)

组别	年龄/岁	孕次/次	产次/次	受教育年限/年
对照组	42.01 ± 6.85	2.56 ± 0.38	1.52 ± 0.34	10.18 ± 1.56
观察组	40.68 ± 6.45	2.41 ± 0.31	1.64 ± 0.21	9.86 ± 1.28

1.2 纳入及排除标准

1.2.1 纳入标准 (1) 经临床表现、体格检查、超声、磁共振成像(magnetic resonance imaging, MRI)等综合检查, 均被确诊为子宫肌瘤; (2) 符合肌瘤切除术指征^[6]; (3) 择期行子宫肌瘤切除术或已完成手术; (4) 患者及家属知情研究, 认知状态良好、精神正常, 可正常沟通, 配合研究。

1.2.2 排除标准 (1) 宫颈病变合并恶性肿瘤、子宫内膜病变; (2) 妊娠期、哺乳期女性; (3) 有严重心、肝、肾等器质性疾病; (4) 凝血功能异常; (5) 伴传染史、感染史; (6) 认知功能障碍。

1.3 方法

1.3.1 对照组 施行常规护理, 如住院教育、一般护理、手术常规护理、术后健康教育等, 持续护理至患者出院。

[收稿日期] 2023-05-20

[基金项目] 赣州市指导性科技计划项目(GZ2018ZSF332)

[作者简介] 卢红, 女, 主管护师, 主要从事血液净化护理方面工作。

1.3.2 观察组 在对照组基础上施行家庭式沟通联合激励式干预。(1) 家庭式沟通：①在患者住院期间护理人员更换对患者的称呼，改为某姐姐，某阿姨等，尽量保持热情和笑容让患者感受到病房的温暖。在不影响正常的医护工作、保证安全的情况下，可以让患者陈设一些自己喜欢的装饰品等。②定期开展健康教育，并邀请患者及家属一起参加，主要是普及疾病的相关知识，提高患者及家属对该疾病的认识度，此外针对不同患者的问题进行归纳总结，并且给予解决方法，让患者和家属都能有所收获，并且可以选取 2~3 名参与者分享感悟。③对于负面情绪格外突出的患者需要多加引导和关注，及时疏导患者内心想法避免堆积不良情绪，也需关注家属情绪，确保家属心态良好才能正向影响患者，帮助树立正确的治疗心态，并对术后保持信心与期待。(2) 激励式干预：①情感激励。在患者的住院过程中，护理人员应多与患者沟通，认同患者的想法，建立信任感，并且多赞美患者的优点和做得好的地方，如有不足之处最好使用举例说明，在理解的基础上进行沟通交流，使患者在爱的氛围下积极配合治疗，早日出院。医护人员要保持爱心和热心，耐心倾听患者的心声，真正抓住患者的心理需求给予帮助与疏导。②需要激励。患者可主动寻找医护人员得到帮助，但心理上的伤害有些患者不愿意说，需要在建立情感基础和信任关系下，让患者能够敞开心扉，诉说内心产生的消极想法和情绪，并且及时解决与疏通。对于患者正确的行为和想法要给予鼓励和肯定，并且表示继续坚持和发扬。③榜样激励。在康复讲座时，邀请坚持康复并且恢复良好的患者进行经验分享，在激励人心的话语帮助下，相信患者也会受到鼓舞。④利益激励。组织团体活动，奖励心态乐观的患者，带动并激发其他患者的康复积极性。

1.4 观察指标

1.4.1 社会支持 干预前、干预后（出院当日）使用社会支持评定量表（social support rating scale, SSRS）^[7] 进行评价，共 10 个项目，共计 12~66 分，总分越高社会支持水平越高。

1.4.2 主观幸福感 干预前、干预后（出院当日）选取纽芬兰纪念大学幸福度量表（Memorial University of

Newfoundland scale of happiness, MUNSH）^[8] 进行测评，MUNSH 包含 4 个内容，即正性情感（positive affect, PA）、负性情感（negative affect, NA）、正性体验（positive experience, PE）和负性体验（negative experience, NE），幸福度 = PA-NA + PE-NE，分值越高说明幸福感越强烈。

1.4.3 负性情绪 干预前、干预后（出院当日）采用焦虑自评量表（self-rating anxiety scale, SAS）和抑郁自评量表（self-rating depression scale, SDS）^[9]，包括 20 个内容，每个内容 1~4 分，总分 100 分，可评估负性情绪。SAS、SDS 分别以 50、53 分为分界值，分值越高代表焦虑或抑郁程度越严重。

1.4.4 睡眠质量 干预前、干预后（出院当日）运用匹兹堡睡眠质量指数^[10] 来评估患者的睡眠质量，总分为 21 分，分值高患者睡眠质量越差。

1.4.5 生活质量 干预前、干预后（出院当日）采用生活质量量表^[11] 评估患者生活质量，各个维度的分值均为 100 分，评分越高生活质量越高。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 22.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，等级资料采用秩和检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后社会支持水平比较

干预后，两组患者 SSRS 评分高于干预前，且观察组 SSRS 评分高于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 2。

表 2 两组患者干预前后社会支持水平比较（*n* = 35, $\bar{x} \pm s$, 分）

组 别	干预前	干预后
对照组	30.21 ± 6.27	41.65 ± 6.15 ^a
观察组	29.67 ± 6.19	52.37 ± 6.19 ^{ab}

注：与同组干预前比较，^a*P* < 0.05；与对照组干预后比较，^b*P* < 0.05。

2.2 两组患者干预前后主观幸福感评分比较

干预后，两组患者各项及总分均优于干预前，且观察组 PA、PE 评分及总分高于对照组，NA、NE 评分低于对照组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 3。

表 3 两组患者干预前后主观幸福感评分比较

（*n* = 35, $\bar{x} \pm s$, 分）

组 别	时 间	PA	NA	PE	NE	总分
对照组	干预前	6.77 ± 0.59	2.36 ± 0.36	8.35 ± 1.56	4.67 ± 1.54	9.08 ± 1.02
	干预后	6.89 ± 0.62 ^e	2.14 ± 0.48 ^c	8.87 ± 1.76 ^c	4.56 ± 1.63 ^c	12.78 ± 1.78 ^c
观察组	干预前	6.89 ± 1.02	2.23 ± 0.25	8.89 ± 1.03	4.13 ± 0.88	9.43 ± 1.18
	干预后	8.42 ± 1.08 ^{cd}	0.79 ± 0.23 ^{cd}	12.13 ± 1.32 ^{cd}	1.79 ± 0.79 ^{cd}	17.97 ± 2.16 ^{cd}

注：PA—正性情感；NA—负性情感；PE—正性体验；NE—负性体验。与同组干预前比较，^e*P* < 0.05；与对照组干预后比较，^d*P* < 0.05。

2.3 两组患者干预前后 SAS、SDS 评分比较

干预后，两组患者 SAS、SDS 评分低于干预前，且观察组 SAS、SDS 评分低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 4。

2.4 两组患者干预前后匹兹堡睡眠质量指数比较

干预后，两组患者匹兹堡睡眠质量指数各项评分及总分低于干预前，且观察组匹兹堡睡眠质量指数各项评分及总分低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 5。

表 4 两组患者干预前后 SAS、SDS 评分比较

($n = 35, \bar{x} \pm s, \text{分}$)

组别	时间	SAS	SDS
对照组	干预前	40.78 ± 6.12	41.25 ± 6.13
	干预后	28.67 ± 5.18 ^e	30.15 ± 4.65 ^e
观察组	干预前	39.36 ± 6.01	40.15 ± 6.25
	干预后	25.48 ± 5.24 ^{ef}	26.78 ± 4.78 ^{ef}

注：SAS 一焦虑自评量表；SDS 一抑郁自评量表。与同组干预前比较，^e $P < 0.05$ ；与对照组干预后比较，^f $P < 0.05$ 。

表 5 两组患者干预前后匹兹堡睡眠质量指数比较

($n = 35, \bar{x} \pm s, \text{分}$)

组别	时间	睡眠质量	入睡时间	睡眠效率	睡眠障碍	安眠药物	日间功能	总分
对照组	干预前	2.56 ± 0.56	1.89 ± 0.63	2.36 ± 0.56	2.56 ± 0.89	1.19 ± 0.65	1.87 ± 0.89	11.89 ± 0.88
	干预后	1.98 ± 0.69 ^g	1.76 ± 0.61 ^g	1.86 ± 0.42 ^g	1.89 ± 0.68 ^g	1.23 ± 0.45 ^g	1.78 ± 0.68 ^g	10.66 ± 3.78 ^g
观察组	干预前	2.36 ± 0.29	1.65 ± 0.38	2.56 ± 0.45	2.68 ± 0.36	1.02 ± 0.12	1.66 ± 0.36	11.63 ± 0.56
	干预后	1.46 ± 0.28 ^{gh}	1.34 ± 0.27 ^{gh}	1.12 ± 0.22 ^{gh}	1.31 ± 0.21 ^{gh}	0.89 ± 0.27 ^{gh}	1.48 ± 0.34 ^{gh}	7.78 ± 1.61 ^{gh}

注：与同组干预前比较，^g $P < 0.05$ ；与对照组干预后比较，^h $P < 0.05$ 。

2.5 两组患者干预前后生活质量比较

干预后，两组患者生活质量各项评分高于干预前，

且观察组生活质量各项评分均高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 6。

表 6 两组患者干预前后生活质量比较

($n = 35, \bar{x} \pm s, \text{分}$)

组别	时间	社会关系	精神状态	躯体功能	生理功能
对照组	干预前	55.45 ± 5.23	60.18 ± 5.64	62.88 ± 4.56	53.25 ± 5.56
	干预后	58.98 ± 6.36 ⁱ	61.67 ± 6.48 ⁱ	64.75 ± 4.21 ⁱ	53.58 ± 5.89 ⁱ
观察组	干预前	56.23 ± 4.56	62.78 ± 5.78	63.23 ± 4.68	55.58 ± 4.58
	干预后	72.07 ± 2.47 ^{ij}	71.89 ± 3.02 ^{ij}	67.68 ± 1.58 ^{ij}	69.77 ± 2.65 ^{ij}

注：与同组干预前比较，ⁱ $P < 0.05$ ；与对照组干预后比较，^j $P < 0.05$ 。

3 讨论

手术治疗是子宫肌瘤最常用见效最快的治疗手段，对于药物治疗无明显作用、病情严重者是最好的选择，可快速切除肿瘤，缓解临床表现。但不管哪种治疗手段，都会给患者带来不同程度的身心应激反应，若采取手术治疗，术后康复也与患者的精神面貌相关。为了使患者早日恢复患病前的状态，应积极采取合理有效的干预措施，帮助患者早日恢复。激励式干预运用情感、需要、榜样和利益四种激励方法，利用讲座、网络视频等多种形式让患者在住院期间都可以接受积极的暗示和劝诫，既规范了患者的日常行为，也降低了负面情绪的产生，可以用正向情绪战胜负面情绪。另外激发患者的内在潜能，并持续保持动力和饱满的状态。

本研究中，干预后，观察组 SSRS 评分高于对照组，MUNSH 中 PA、PE 评分及总分均高于对照组，NA、NE 评分均低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，表明家庭式联合激励式干预可提高子宫肌瘤患者的社会支持水平，增加患者主观幸福感、正向体验和正向情感，减少负向体验和负向情感。相关研究报道^[12]，激励式干预可改善子宫肌瘤患者的治疗态度，提升康复信心，提高患者的主观幸福感。本研究发现，干预后观察组

SAS 与 SDS 评分低于对照组，匹兹堡睡眠质量指数低于对照组，生活质量评分高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。表明家庭式联合激励式干预可有效提高患者睡眠与生活质量，与患者负性情绪及体验减少、幸福感提升密切相关，证明激励式干预可以帮助子宫肌瘤患者提高治疗中的主动性，加强自我效能^[13]。但本研究样本量较少，且评估指标主要为主观量表，相关结论有待进一步论证。

综上所述，家庭式沟通联合激励式干预可提高子宫肌瘤患者的社会支持水平，增加患者主观幸福感、正向体验和正向情感，减少负向体验和负向情感缓解焦虑、抑郁等不良情绪，有效提高睡眠质量及生活质量。

[参考文献]

[1] 洪燕语, 贺晶. 子宫肌瘤剔除术后再妊娠的产科管理 [J]. 中华妇产科杂志, 2020, 55 (10): 729-731.

[2] 周春燕, 刘晖. 子宫肌瘤患者术后主观幸福感与社会支持的相关性 [J]. 岭南急诊医学杂志, 2016, 21 (1): 82-83.

[3] 揣洪莉. 家庭式沟通在妇科护理中的应用效果研究 [J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2017, 4 (26): 190-192.

[4] 罗昭媛, 文学敏. 妇科护理中家庭式沟通的应用效果分析 [J]. 东方药膳, 2021, 21 (14): 173.

- [5] 李苹瑕. 激励式护理在直肠癌永久性结肠造口病人中的应用 [J]. 全科护理, 2018, 16 (20): 2515-2516.
- [6] 林鹿, 张凤, 钱春香. 家庭式沟通在妇科护理中的应用效果分析 [J]. 糖尿病天地, 2021, 18 (7): 256-257.
- [7] 韩影, 刘瑶, 许丽雅, 等. 家庭关怀及社会支持对社区老年人社会隔离的影响 [J]. 现代预防医学, 2020, 47 (9): 5963-5965.
- [8] 梁培雅, 李丽琴, 黄攀, 等. 需要层次护理对子宫肌瘤术后患者自护能力及幸福感的影响 [J]. 中外医疗, 2021, 40 (6): 177-179, 198.
- [9] 张浩琳, 霍则军, 王海宁, 等. 针刺改善多囊卵巢综合征患者负性情绪: 随机对照研究 [J]. 中国针灸, 2020, 40 (4): 385-389.
- [10] 李然. 心理护理联合疼痛护理对子宫肌瘤患者围手术期睡眠质量的影响 [J]. 世界睡眠医学杂志, 2021, 8 (4): 689-690.
- [11] 任英芳. 放松训练联合激励式心理护理在子宫肌瘤术前患者中的应用 [J]. 中国民康医学, 2021, 33 (15): 163-164.
- [12] 卞龙艳, 陈晓玲. 激励式护理对直肠癌术后永久性结肠造口病人自我护理能力及生活质量的影响 [J]. 全科护理, 2017, 31 (21): 90-92.
- [13] 刁素娟, 莫冬莲. 激励干预对腹腔镜下直肠癌术后永久结肠造口患者自我效能及生活质量的影响 [J]. 现代中西医结合杂志, 2018, 27 (30): 3401-3404.

[文章编号] 1007-0893(2023)15-0121-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.15.038

手术室整体护理结合快速康复外科理念对甲状腺手术患者的影响

陈芳 肖明霞

(高安市人民医院, 江西 高安 330800)

[摘要] 目的: 分析手术室整体护理结合快速康复外科理念 (FTS) 对甲状腺手术患者的影响。方法: 选取高安市人民医院 2020 年 1 月至 2023 年 4 月行甲状腺手术的 80 例患者, 随机分组法分为对照组和观察组, 每组 40 例。对照组患者提供手术室整体护理, 观察组患者在对照组基础上结合 FTS 干预, 比较两组患者术后恢复情况、心理状况、疼痛情况 [视觉模拟评分法 (VAS)]、自理能力分级 Barthel 指数量表、并发症发生率 (切口出血、喉返神经损伤、咽痛、声音嘶哑)。结果: 观察组患者术后首次下床时间、固体食物耐受时间、住院时间均短于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 干预后, 对照组患者汉密尔顿焦虑量表 (HAMA)、汉密尔顿抑郁量表 (HAMD) 评分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 术后 6 h、12 h, 观察组患者 VAS 低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者完全能自理率高于对照组, 重度依赖和中度依赖率低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者并发症总发生率低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 行甲状腺手术患者在手术室整体护理的基础上结合 FTS 干预, 可更好地改善心理状况与疼痛情况, 且并发症发生率更低, 日常生活自理能力更高。

[关键词] 甲状腺手术; 快速康复外科理念; 手术室整体护理

[中图分类号] R 581 **[文献标识码]** B

甲状腺是人体重要内分泌器官, 已确认甲状腺是维持机体内环境的重要因素, 一旦发生疾病, 无论是良性或是恶性, 均会导致甲状腺激素分泌失去平衡, 是诱发机体功能失调的独立因素^[1]。目前对甲状腺疾病以手术治疗, 具有侵入性、损伤性, 患者因病理因素出现功能失调, 加上缺乏对疾病的认知、对手术室的陌生感, 易产生出负性情绪, 增加了手术应激反应, 不利于患者手

术的顺利实施^[2]。而优质的手术室护理能增强干预的细致性、全面性, 能规范操作和流程, 避免手术风险具有积极作用^[3]。然而有研究表明, 快速康复外科理念 (fast track surgery, FTS) 在甲状腺手术中具有极佳效果, 能促进患者恢复、减少术后并发症, 提高患者生活质量^[4-5]。本研究现对手术室整体护理、快速康复外科理念进行结合, 分析其在甲状腺手术中应用效果, 具体情况如下。

[收稿日期] 2023-06-20

[基金项目] 宜春市科技计划项目 (JXYC2019KSB100)

[作者简介] 陈芳, 女, 主管护师, 主要从事外科护理工作。