

·心理康复·

焦点解决短期疗法对工伤患者心理康复和生存质量的影响

万其容¹ 胡亚荣^{1,3} 汪志宏² 易 军¹

摘要

目的:探讨焦点解决短期疗法(SFBT)对工伤患者的心理状态及生存质量的影响。

方法:将80例伴有负性情绪的工伤患者随机分为实验组(n=40)和对照组(n=40),对照组和实验组均给予常规康复治疗,实验组在此基础上予以SFBT,疗程4周。分别在治疗前、治疗4周后采用汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、改良 Barthel 指数(MBI)及 WHO 生存质量测定简表(WHOQOL-BREF)评价 SFBT 对工伤患者的心理状况、生活能力及生存质量的影响。

结果:治疗4周后,实验组 HAMD 评分较对照组明显降低($P<0.05$);治疗后实验组与对照组 HAMA 评分比较有非常显著差异($P<0.01$)。两组患者的 MBI 在治疗4周后都有明显提高,实验组比对照组改善更明显($P<0.05$)。两组患者 WHOQOL-BREF 量表各因子评分在治疗后有不同程度改善,生理健康因子得分比较差异没有显著性($P>0.05$),心理健康因子评分比较差异有非常显著性($P<0.01$),人际关系和周围环境因子比较均有显著性差异($P<0.05$)。

结论:焦点解决短期疗法能帮助工伤患者克服抑郁、焦虑等心理问题,减轻情绪障碍,从而使其积极配合治疗,提高患者对康复治疗的依从性,提高其劳动能力和生存质量。

关键词 焦点解决短期疗法; 工伤; 心理治疗; 抑郁; 焦虑; 生存质量

中图分类号:R749,R493 **文献标识码:**B **文章编号:**1001-1242(2014)-12-1162-03

工伤患者常因工伤后就业、经济收入、家庭生活、社会功能等多方面受损而出现心理问题和情绪反应,这些问题会影响患者对康复治疗的依从性和生存质量。除了生理康复外,工伤患者的康复治疗还包括心理康复。焦点解决短期疗法(solution-focused brief therapy, SFBT)是一种操作简单、起效快、疗程短的心理治疗方法,已被广泛应用于抑郁症、强迫症、创伤后应激障碍等心理疾病的临床治疗^[1-2]。SFBT 不同于传统的心理治疗方法,它的治疗重点是帮助患者成为解决自身问题的专家,扩大正面力量,充分发掘自己的潜能和资源,建立健康的个人保护机制。目前国内有关 SFBT 的研究仍处于起步阶段。本研究采用 SFBT 对工伤患者进行心理干预,汉密尔顿抑郁量表、汉密尔顿焦虑量表、改良的 Barthel 指数及生存质量测定简表观察 SFBT 干预后工伤患者的心理和生存质量状况。

1 资料与方法

1.1 一般资料

入组标准:选取2013年1月—2013年11月在我院工伤康复中心进行康复治疗伴发不同程度焦虑或抑郁症状的80例患者为研究对象。所有入组患者经精神心理科医生诊断,

汉密尔顿焦虑量表(Hamilton anxiety scale, HAMA)^[3](14项版本)≥7分和汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression scale, HAMD)^[4](24项版本)≥8分;既往无焦虑、抑郁、精神分裂症等精神病史;无沟通障碍;自愿参与研究并签署知情同意书。排除标准:既往有精神病史(包括精神分裂症、抑郁症、心境障碍、神经症等),老年痴呆症,有意识障碍,有交流障碍者。

80例患者中男性62例,女性18例,其中脑外伤22例、脊柱损伤10例、手及肢体外伤合并功能障碍32例、外周神经损伤16例。年龄23—58岁,平均年龄(31.7±8.3)岁。按随机数字表法将入组患者随机分为实验组(n=40)和对照组(n=40)。实验组除了进行常规康复治疗外还进行SFBT法,对照组仅给予常规康复治疗。治疗周期为4周。2组患者的一般资料在治疗前比较均无显著性差异($P>0.05$)。见表1。

表1 两组患者一般资料比较

组别	性别(例)		年龄(岁)	受教育年限(年)	病种(例)			
	男	女			脑外伤	脊柱损伤	四肢损伤	外周神经损伤
实验组	30	10	30.15±4.58	10.89±2.31	9	4	17	10
对照组	33	7	31.98±3.21	11.23±3.18	13	6	15	6

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2014.12.014

1 华中科技大学同济医学院附属梨园医院精神心理科,武汉, 430077; 2 梨园医院工伤康复中心; 3 通讯作者
作者简介:万其容,女,主治医师; 收稿日期:2014-01-11

1.2 治疗方法

所有入组患者治疗前进行心理健康评估(HAMD、HAMA)、ADL能力(MBI)及生存质量(QOL)评定。

根据患者病情有针对性的制定康复治疗方,包括运动疗法、作业疗法、文娱治疗、物理因子疗法等,存在言语功能障碍者进行言语训练。治疗在康复科医师的指导下进行,每天训练1次,每次30min,每周5d。

实验组除进行康复治疗外还由专业心理治疗师进行SFBT疗法,每周3次,每次30min。焦点解决短期治疗重视来访者的积极能动性和正性力量,强化来访者改变中的成功经验和改变的可能性,不把焦点放在问题的表现和成因上。治疗包括建构解决的对话阶段、休息阶段、正向回馈阶段。对话阶段引导患者说出困扰,明确突出问题及目标,要求患者参与共同寻求解决的方法,治疗师记录每个患者的问题。此阶段的目的是唤起患者的信心,获得正面反馈。休息阶段对上一阶段中的问题、解决方法和途径进行回顾,同时治疗师根据每个患者的问题分析。再次开始对话进入正向回馈阶段,治疗师给予肯定和认同。

1.3 评定方法

两组患者在治疗前1天及治疗4周后分别进行HAMD、HAMA、ADL能力及生存质量量表进行评估。

心理评定:由康复医师和心理治疗师使用HAMA^[3]14项和HAMD^[4]24项版本进行评定;HAMA总分 ≥ 7 分诊断为有焦虑症状,HAMD总分 ≥ 8 分诊断为有抑郁症状。

ADL能力评定:采用改良Barthel指数(MBI)^[5]评定ADL能力。

生存质量的测定:采用WHOQOL-BREF中文版^[6]。简表能够产生4个因子的得分,它们是生理、心理、社会关系和周围环境。各因子得分通过计算其各领域所属条目的平均分再乘以4得到,通过以下公式:(领域得分-4) $\times 100/16$ 转换得出百分制评分。百分制分值范围在0—100,50分代表平均水平。得分越高,表示生存质量水平越高。

1.4 统计学分析

实验数据用平均值 \pm 标准差表示,采用SPSS 16.0软件处理,两组间比较采用独立样本 t 检验,两组治疗前后自身比较用配对 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有显著性意义。

2 结果

两组患者治疗前HAMD评分无显著性差异($P > 0.05$)。经过4周干预后,两组患者的抑郁评分较治疗前均有不同程度的降低($P < 0.05$)。实验组和对照组在治疗后组间比较HAMD评分差异显著($t = 2.29, P < 0.05$),见表2。治疗前两组HAMA评分差异不明显($P > 0.05$)。治疗4周后,每组患者与治疗前比较HAMA评分显著降低($P < 0.01$)。两组组间HAMA评分比较具有极显著性差异($t = 3.53, P < 0.01$),见表3。两组患者治疗前MBI评分无明显差异;经治疗4周后,两组患者的MBI评分均较治疗前显著改善($P < 0.01$)。实验组治疗4周后的MBI评分与对照组比较有显著性意义($t = 2.35, P < 0.05$),见表4。两组患者治疗前WHOQOL-BREF量表各因子评分无显著性差异。经治疗4周后,两组患者的生理健康因子评分较治疗前显著提高($P < 0.05$),心理健康、人际关系、周围环境因子较治疗前有极显著性差异($P < 0.01$)。实验组和对照组组间比较,实验组的心理健康因子评分较对照组有显著提高($t = 3.09, P < 0.01$),两组间人际关系和周围环境因子比较差异显著(t 值分别为2.38和2.11, $P < 0.05$),而生理健康因子评分比较差异不明显,见表5。

表2 两组患者治疗前后HAMD评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗4周后
实验组	40	20.56 \pm 3.40	12.56 \pm 4.13 ^{①②}
对照组	40	20.89 \pm 4.71	17.41 \pm 2.56 ^①

①与组内治疗前比较 $P < 0.05$;②与对照组治疗后比较 $P < 0.05$

表3 两组患者治疗前后HAMA评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗4周后
实验组	40	14.87 \pm 4.35	8.68 \pm 1.79 ^{①②}
对照组	40	15.23 \pm 2.71	12.03 \pm 2.06 ^①

①与组内治疗前比较 $P < 0.01$;②与对照组治疗后比较 $P < 0.01$

表4 两组患者治疗前后MBI评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗4周后
实验组	40	45.75 \pm 13.43	83.61 \pm 14.47 ^{①②}
对照组	40	42.40 \pm 11.65	65.98 \pm 12.19 ^①

①与组内治疗前比较 $P < 0.01$;②与对照组治疗后比较 $P < 0.05$

表5 两组患者治疗前后生存质量量表各因子评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	生理健康	心理健康	人际关系	周围环境
实验组	40				
治疗前		47.33 \pm 11.37	42.78 \pm 12.67	47.32 \pm 17.15	46.10 \pm 13.15
治疗后		56.24 \pm 13.21 ^①	76.44 \pm 14.14 ^{②④}	74.11 \pm 15.33 ^{②③}	72.79 \pm 11.84 ^{②③}
对照组	40				
治疗前		45.11 \pm 10.39	45.00 \pm 12.19	45.38 \pm 12.93	47.89 \pm 13.53
治疗后		51.89 \pm 11.33 ^①	58.79 \pm 13.88 ^②	56.13 \pm 14.34 ^②	57.21 \pm 14.21 ^②

与组内治疗前比较:① $P < 0.05$,② $P < 0.01$;与对照组治疗后比较:③ $P < 0.05$,④ $P < 0.01$

3 讨论

工伤患者面对突如其来的创伤会存在很多心理问题,临床上最常见的是焦虑、抑郁、创伤后应激障碍(post traumatic stress disorder,PTSD)等。在受伤初期,患者情绪反应剧烈,食欲差、失眠、烦躁、愤怒、激惹、动力缺乏、绝望哭泣、拒绝治疗等,部分严重患者有自杀意念或自杀行为。在康复阶段,普遍的情绪反应有价值感丧失、恐惧、焦虑、抑郁等^[7]。Zatzick D等对美国69所医院2707例外伤后住院患者统计,在伤后1年时PTSD的发生率为20.7%,抑郁的发生率为6.6%^[8]。Salah Eldin W等对2008年7月至12月在埃及某医院住院的工伤患者研究发现,焦虑、抑郁的患者占40%,他们认为提高患者的心理康复可能会提高患者的生存质量^[9]。国内学者也对我国工伤患者的心理健康状况进行了报道。黄琼等研究发现工伤康复患者心理状况筛查阳性率为62.4%^[7]。黄文柱等对工伤康复患者心理健康状况调查研究显示,63.17%和42.15%的工伤患者有不同程度的抑郁和焦虑情绪^[10]。不良情绪严重影响了患者进行康复治疗的依从性和治疗效果。有研究对因公四肢受伤的患者在住院时和出院后1年的随访研究发现,活动恐惧、抑郁、疼痛灾难化等心理因素是患者能否全面康复及顺利回归工作岗位重要的预测因子^[11]。一些学者提出在康复过程中适当的使用目标确定、积极自我评价、认知重建和视觉想象法等心理治疗方法都可以帮助患者减少应激体验,增强伤后应对机制及社会支持^[12]。因此,利用有效的心理康复技术对工伤患者进行心理干预,可以改善其情绪水平,提高患者对康复治疗的依从性,促进社会功能和生存质量的提高。

本研究结果显示,经过4周常规的康复训练,对照组和实验组的抑郁、焦虑情绪都有不同程度的改善,ADL能力和生存质量均有显著提高。由于有康复治疗 and SFBT联合干预,实验组的抑郁、焦虑情绪、ADL能力以及生存质量比对照组都有明显的改善和提高。SFBT的治疗目的是鼓励工伤患者更积极更乐观的面对生活,鼓励患者面对日常事务时更有主动性和能动性,因此生存质量明显改善。本实验中,不管是对照组还是实验组,在治疗4周后抑郁情绪仍然存在,我们推测可能与患者的生理功能未完全恢复,抑郁情绪不可能完全改善有关;也可能与心理治疗的时间尚短有关。经过科学、系统的心理学手段干预后,工伤患者心理状态以及生存质量可得到明显改善。焦点解决短期疗法这种短、频、快的心理干预手段能让工伤患者充分调动自己的主观能动性,增加自信心,通过反复几次的短期治疗使患者逐渐学会自我

调节,缩短住院时间,从而达到改善心理状态和生存质量的目的^[1]。随着生物-心理-社会医学模式的建立,现代康复医学应与之适应和发展。在患者康复进程中,积极关注患者的心理状态,开展切实有效的心理治疗方式,妥善解决在康复治疗过程中遇到的抑郁、焦虑等心理问题,帮助患者学会正确应对情绪变化和生活事件,从而提高自信心和治疗依从性,促进患者康复和回归社会。

参考文献

- [1] 许维素. 焦点解决短期心理治疗的应用[M]. 北京:世界图书出版公司,2009.3—6.
- [2] Boseart VM. A communication intervention for nursing staff in chronic care [J]. J Adv Nurs, 2009, 65(9): 1823—1832.
- [3] 王纯,楚艳民,张亚林,等.汉密尔顿焦虑量表的因素结构研究[J].临床精神医学杂志,2011,21(5):299—301.
- [4] 高霞,高磊,马钊,等.慢性期卒中患者抑郁状态的发生率及相关因素[J].中国康复医学杂志,2012,27(4):339—342.
- [5] 李奎成,唐丹,刘晓艳,等.国内Barthel指数和改良Barthel指数应用的回顾性研究[J].中国康复医学杂志,2009,24(8):737—740.
- [6] 朱军红,王瑛,钟宝亮.世界卫生组织生存质量量表简表中文版在美沙酮维持治疗门诊患者中应用的信效度验证[J].中国药物依赖性杂志,2011,20(1):58—61.
- [7] 黄琼,梁玲毓,朱洁.工伤康复患者的心理健康状况及分析[J].中国康复医学杂志,2012,27(8):749—752.
- [8] Zatzick D, Jurkovich GJ, Rivara FP. A national US study of post traumatic stress disorder, depression, and work and functional outcomes after hospitalization for traumatic injury [J]. Ann Surg, 2008, 248(3): 429—437.
- [9] Salah Eldin W, Hirshon JM, Smith GS, et al. Health-related quality of life after serious occupational injury in Egyptian workers: a cross-sectional study [J]. BMJ Open, 2012, 2(6): e000413. doi:10.1136/bmjopen-2011-000413.
- [10] 黄文柱,宋汝华,廖祥洲,等.工伤康复患者心理健康调查及干预治疗的研究[J].中国实用医药,2010,5(9):3—4.
- [11] Wideman TH, Sullivan MJ. Development of a cumulative psychosocial factor index for problematic recovery following work-related musculoskeletal injuries [J]. Phys Ther, 2012, 92(1): 58—68.
- [12] 黄琼,周慧玲,梁玲毓.工伤康复患者医学应对方式和心理状况的相关性[J].中国康复医学杂志,2012,27(5):458—461.