

心理护理对青少年非自杀自伤患者的影响分析

黄玉莲 通讯作者: 杨昆城 范富湘
贵港市人民医院 广西贵港 537100

摘要: **目的:** 探讨在青少年非自杀自伤患者治疗中辅以心理护理干预, 对降低青少年不良心理、减轻其自伤行为及提升其控制情绪能力的施护价值。 **方法:** 试验对象选择于2021.01-2021.12期间, 在我院接受治疗干预的非自杀自伤青少年住院患者156例, 采取数字奇偶法分为对照组与观察组, 每组各78例, 入院后2组均接受药物治疗, 在施治期间分别以常规护理与心理护理模式展开护理干预, 统计施护后组间心理状况、自我伤害行为、情感障碍程度及家属满意度差异性。 **结果:** 经对比组间心理状况, 观察组焦虑情绪与抑郁情绪评分比对照组低, 存在统计学意义, $P < 0.05$; 经比较组间自我伤害行为, 观察组施护后自我伤害行为评分比对照组低, 存在统计学意义, $P < 0.05$; 经对比组间情感障碍程度, 观察组施护后描述情感能力、识别情绪困难、幻想与反向型思维评分比对照组低, 存在统计学意义, $P < 0.05$; 经对比组间满意度, 观察组施护后总满意度比对照组高, 存在统计学意义, $P < 0.05$ 。 **结论:** 相较于常规护理, 以积极心理学作为理念对患者展开心理干预, 可有效对其心理状态进行调节, 及时缓解患者不良心理的同时, 还能减少患者自我伤害行为, 进一步提升其情绪控制能力, 有利于减轻患者病情及增加家属满意度, 适宜临床推广与借鉴。

关键词: 非自杀自伤; 青少年; 心理护理

非自杀性自伤是指在没有自杀意念的情况下, 直接、故意地伤害自己身体器官或组织, 不被社会认可且不会导致死亡的行为, 其中切割属于常见非自杀性自伤行为, 其次为自我投毒、烧灼皮肤、干扰伤口愈合或者目的性参与一些非娱乐性高危活动等, 此行为好发于青少年群体中^[1]。目前, 临床认为自杀性自伤发生原因与人格、成长环境、生理因素等有关, 对于青少年而言, 其正处在成长发展重要阶段, 然而由于其身心并未完全发育, 内心冲突较为强烈, 若未及时得到针对性疏导干预, 易导致其借助自杀行为来缓解自身不良心理^[2]。为有效消除青少年不良心理, 减少其自伤行为, 本研究以2021.01-2021.12在我院接受住院治疗的156例青少年非自杀性自伤患者作为本次试验所选对象, 主要目的是为了探讨以心理护理模式对其展开护理干预的价值, 现分析如下:

1 资料与方法

1.1 病例资料

本组入选对象为156存在非自杀性自伤的青少年患者, 组间以数字奇偶法实施分组, 回顾性分析组内对象资料, 对照组: 年龄在10岁至18岁, 均龄值在 14.75 ± 3.11 岁, 男性20例, 女性58例, 受教育年限在4年至12年, 平均为 7.05 ± 1.24 年; 观察组: 年龄为10岁~18岁, 均龄值为 14.21 ± 3.06 岁, 男性与女性占比22例及56例, 受教育年限最长为12年, 最短为4年, 平均在

7.11 ± 1.32 年。综合分析2组资料数据 ($P > 0.05$), 可对比。本组对象入选要求: (1) 满足非自杀性自伤诊断要求; (2) 年龄在10岁至18周岁; (3) 遵循知情原则且家属同意参与; (4) 无言语、听力或认知障碍; (5) 临床资料无缺失。排除: (1) 精神发育存在障碍; (2) 存在智力或认知障碍; (3) 重要脏器功能存在病变; (4) 存在药物滥用是或酗酒史; (5) 无法配合本次研究开展或无法自行填写本次研究所需量表; (6) 试验中途因其它因素退出。

1.2 方法

对照组提供常规护理, 遵医嘱执行各项护理操作, 每月对患者心理状况进行1次评估, 结合评估结果展开心理疏导; 指导家属积极、主动与患者进行交流, 鼓励其参加各类社交活动; 当遇到刺激性事件时, 可指导其以转移注意力或者倾诉方式来代替自伤行为; 观察组则在上述基础上提供心理护理, 内容为: (1) 心理干预: ①辨证行为疗法: 非自杀自伤行为主要是由于不合理的思维模式或特定技能(如情绪调节和问题解决)的缺陷所造成, 可通过改变不合理认知或加强技能的方式, 最终改变个体不良行为或情绪详细将自伤危害性告知患者来提升其对于自身不良行为的了解, 日常护理中给予患者关心与鼓励, 定期组织各类文娱活动, 并鼓励患者积极参加活动; ②家庭疗法: 强化重聚焦于青少年与主要家庭成员之间重塑亲密关系和形成良性互动, 结合患者

具体情况对其进行引导, 促使患者能够重新接纳自己, 并重拾实现自我目标的信心; (2) 强化评估工作: 构建专业高危群体系统, 借助自我伤害行为与情感抑郁量表明确高危人群, 予以针对性防范干预措施; 指导家属积极配合患者治疗, 强化管理力度, 严格控制各类危险物品的摆放, 如刀具等, 日常生活中多加关心患者, 若发现其存在消极情绪, 及时展开疏导; (3) 提供专业性指导: ①对患者展开专业性心理训练, 比如在患者存在消极情绪时, 指导其进行呼吸训练, 听舒缓类音乐缓解; 指导患者学习正念训练, 当面对挫折时, 可将注意力集中于一个点上, 以此来维持自身积极心理状态; ②指导患者合理宣泄情绪, 鼓励其分享自身不愉快情感体检, 并提出相应应对方式, 对应对结果进行分析, 借助共情形式来帮助患者宣泄负性情绪, 有利于提升其对于情感的控制能力; ③引导患者对生活中乐趣进行品味, 体检享受及敷衍时自身感受, 并进行对比; 引导患者对既往生活中的美好时刻进行回忆及记录, 反思自伤行为中不当举措, 并引导其描述自己所憧憬的人生及定义自己性格或者成就, 指导如学会当下展开行动, 合理控制自身不当行为与不良情绪。

1.3 指标观察及判定标准

(1) 统计心理状态, 评价量表选取SAS焦虑自评量表与SDS抑郁自评量表, 量表临界值分别为50分与53分, 分值越高则心理状态越差; (2) 统计自我伤害行为, 评价量表选取青少年自我伤害问卷, 问卷内含有19条项目, 为过去3个月内自伤行为, 指标包括: 撞墙或撞击其它坚硬物体、烫/烙伤皮肤、划伤皮肤等, 以0-3分表示发生次数, 即0次、1次、2-4次及超过4次以上; 以0-4分表示伤害程度, 分别为无、轻度、中度、重度及极重度, 每个条目积分为发生次数*伤害程度, 条目总和为问卷得分, 分值越高则显示自我伤害行为严重; (3) 统计情感抑郁程度, 评价量表选取TAS多伦多述情障碍量表, 指标包括: 描述情感能力、识别情绪困难、幻想与反向型思维, 量表共计26条项目, 以1-5分评价, 得分越高则显示情感障碍越为严重; (4) 统计家属满意度, 评价量表选取调查问卷方式, 总分为100分, 分为不满意、基本满意及满意, 得分分别为<60分、60分-89分及≥90分, 总满意度为基本满意率与满意率之和。

1.4 数据处理

本研究数据使用SPSS 22.0软件进行分析, 所得计数资料与计量资料以百分数%与t值表示, 以卡方 χ^2 与 $(\bar{x} \pm s)$ 进行检验, 若检验显示 $P < 0.05$, 表示存在统计学意义。

2 结果

2.1 心理状况

施护前, 对照组SAS评分为 59.81 ± 3.24 分、SDS评分为 57.60 ± 3.15 分, 观察组SAS与SDS评分为 59.20 ± 3.15 分、 57.82 ± 3.22 分, 通过对施护前2组心理状况评分进行比较, 无显著差异, $t_1=1.192$ 、 $t_2=0.431$, $P=0.235$ 、 0.667 , $P > 0.05$ 。

施护后, 对照组SAS评分为 47.12 ± 2.35 分、SDS评分为 49.27 ± 2.41 分, 观察组SAS与SDS评分为 42.36 ± 2.60 分、 45.28 ± 3.01 分, 相较于施护前, 施护后2组心理状况评分明显下降, 且观察组各指标评分低于对照组, $t_3=11.995$, $t_4=9.139$, $P=0.000$, $P < 0.05$ 。

2.2 自我伤害行为

施护前对照组自我伤害行为评分为 33.87 ± 6.29 分, 观察组自我伤害行为评分为 33.42 ± 6.53 分, 通过对施护前2组自我伤害行为评分进行比较, 无显著差异, $t_1=0.438$, $P=0.662$, $P > 0.05$; 经施护后对照组与观察组自我伤害评分为 24.78 ± 5.64 分、 18.24 ± 4.30 分, 相较于施护前, 施护后2组自我伤害行为评分较低, 观察组低于对照组, 组间差异显著, $t_2=8.144$, $P=0.000$, $P < 0.05$ 。

2.3 情感障碍程度

表1可知, 经对比施护前2组情感障碍程度, 无显著差异, $P > 0.05$; 经施护后, 与对照组相比, 观察组各项评分较低, 组间差异显著, $P < 0.05$ 。

表1 对比施护前后组间情感障碍程度 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	描述情感能力		识别情绪困难	
		施护前	施护后	施护前	施护后
对照组	78	20.21 ± 4.53	$17.20 \pm 3.54^*$	22.16 ± 4.38	$17.82 \pm 4.20^*$
观察组	78	20.65 ± 4.32	$14.18 \pm 2.21^*$	22.37 ± 4.69	$15.31 \pm 3.47^*$
t值	-	0.621	6.391	0.289	4.069
P值	-	0.536	0.000	0.773	0.000

续表

组别	例数	幻想		外向型思维	
		施护前	施护后	施护前	施护后
对照组	78	15.78 ± 3.16	$14.01 \pm 3.22^*$	24.19 ± 5.61	$20.56 \pm 4.61^*$
观察组	78	15.64 ± 3.25	$12.43 \pm 2.18^*$	24.37 ± 5.42	$18.43 \pm 3.28^*$
t值	-	0.273	3.589	0.204	3.325
P值	-	0.785	0.000	0.839	0.001

注: 与同组护理前相比, $^*P < 0.05$ 。

2.4 家属施护满意度

施护后对照组不满意例数为12例、基本满意38例、满意28例, 总满意例数为66例, 总满意率为84.62%; 观察组总满意例数为75例, 其中不满意、基本满意及满意例数分别为3例、43例、32例, 总满意度为96.15%。

通过对施护后2组家属满意度进行比较, 观察组高于对照组, 组间差异显著, $\chi^2=5.975$, $P=0.015$, $P < 0.05$ 。

3 讨论

青少年作为非自杀性自伤群体中的高发人群, 由于其心智尚未得到完全发育, 一旦在遭遇到挫折后, 易导致其出现心绪不畅情况, 进而反复性对自己身体进行伤害, 若未及时得到有效干预, 易对青少年机体健康及心理健康造成不良影响^[3]。目前, 临床对于非自杀性自伤行为的研究相对较少, 且对于青少年的心理状态缺乏关注, 在一定程度上增加了非自杀性自伤行为的发生数量, 其发生大多与青少年学习环境及生活环境有关。往临床在开展护理服务时, 以常规护理为主, 注重患者疾病康复, 但忽视了患者身心需求, 导致其易产生一些负性情绪, 不利于疾病恢复^[4]。心理护理属于临床常见护理方法, 将人性化护理作为服务中心, 重视患者心理健康, 通过评估患者心理及生理问题, 结合病情进展情况, 在日常护理工作中融入心理学, 合理选择健康宣教开展形式及工具, 可为患者提供全面、针对性心理疏导, 有利于促进其康复^[5]。本研究中, 经比较常规护理与心理护理在非自杀性自伤青少年住院患者护理中的施护效果差异性, 结果发现施护后观察组SAS评分为 42.36 ± 2.60 分、SDS评分为 45.28 ± 3.01 分, 低于对照组 47.12 ± 2.35 分、 49.27 ± 2.41 分, 观察组自我伤害行为评分为 18.24 ± 4.30 分, 低于对照组 24.78 ± 5.64 分, 观察组描述情感能力评分为 14.18 ± 2.21 分、识别情绪困难评分为 15.31 ± 3.47 分、幻想评分为 12.43 ± 2.18 分、外向型思维评分为 18.43 ± 3.28 分, 低于对照组 17.20 ± 3.54 分、

17.82 ± 4.20 分、 14.01 ± 3.22 分、 20.56 ± 4.61 分, 且观察组施护总满意度达96.15%, 高于对照组84.62%, 证实以心理护理模式对患者展开护理干预, 具备有效性及可靠性, 既能够有效减少患者自伤行为, 及时消除其不良情绪, 还能帮助患者掌握合理宣泄情绪及控制情绪的方法, 有利于提升其情绪控制能力, 对促进病情恢复起着积极意义。

综上所述, 与常规护理相比, 联合以心理护理模式对非自杀性自伤行为患者展开护理干预, 可得到确切施护效果, 有利于降低患者自伤行为及提升其情绪控制能力, 建议临床推广。

参考文献:

- [1]温宇娇, 徐一凡, 乔丹等. 青少年非自杀性自伤行为的社会心理因素解释模型及干预研究[J]. 国际精神病学杂志, 2020, 47(05): 885-888.
- [2]梁巧玲, 谭宇康, 梁嘉权等. 积极心理干预在抑郁障碍伴非自杀性自伤行为青少年中的应用效果[J]. 中国临床护理, 2022, 14(02): 94-97+101.
- [3]林丽华, 甘明星, 郭治斌等. 心理虐待与忽视对青少年非自杀性自伤行为的影响: 有调节的中介效应[J]. 中国临床心理学杂志, 2020, 28(06): 1140-1143.
- [4]辛博, 王朝敏, 李娜等. 有非自杀性自伤行为首发儿童青少年抑郁障碍患者的大脑自发神经活动特点[J]. 神经疾病与精神卫生, 2022, 22(01): 13-17+77.
- [5]李振阳, 王皋茂, 班晨等. 青少年非自杀性自伤现状及危险因素研究进展[J]. 国际精神病学杂志, 2021, 48(04): 586-589.

