

心理护理在突发性耳聋患者中的应用效果及对心理状态的影响

毛建芳

(重庆医科大学附属第二医院 重庆市 400010)

摘要:目的:评价在突发性耳聋患者中施行心理护理的实用价值及对心理状态的影响。方法:按随机数表法对我院 80 例突发性耳聋患者展开分组,病例取自 2021 年 1 月~2023 年 1 月。40 例常规护理中的干预对象纳入对照组,另 40 例心理护理中的干预对象纳入观察组,对比两组干预效果。结果:观察组的总有效率 97.50%、护理满意度 95.00% 高于对照组 82.50%、80.00%, 差异显著 ($\chi^2=5.000, 4.114; P<0.05$)。观察组干预后的 SAS 评分 (44.32 ± 5.54) 分、SDS 评分 (45.47 ± 6.18) 分低于对照组 ($t=5.297, 4.522; P<0.05$)。观察组患者的躯体 (66.81 ± 12.63) 分、心理 (75.42 ± 5.56) 分、社会 (76.82 ± 12.53) 分、情感 (79.37 ± 14.26) 分高于对照组 ($t=2.508, 6.752, 4.610, 4.272; P<0.05$)。结论:心理护理可缓解突发性耳聋患者的临床症状及心理状态,改善其生活质量,并有益于护理满意度的提升。

关键词:心理护理;突发性耳聋;应用效果;心理状态;生活质量;护理满意度

突发性耳聋是指突发的、无明确诱因的感音神经性听力损失,患者发病后多伴有耳鸣,眩晕等症状,以短时间内听力急剧下降为典型表现,并渐进性加重至听力丧失为止^[1]。突发性耳聋与病毒、细菌感染有关,同时与血管痉挛、栓塞等因素有关,以 40~60 岁为主要患病群体,但近年来,突发性耳聋发病年龄趋向年轻化,极易造成听力残疾,严重影响青少年的健康成长。目前以扩张血管、营养神经药物治疗方式对突发性耳聋患者的听力进行抢救^[2]。此外,由于患者听力骤然下降和耳鸣等,极易引发焦虑和抑郁等不良心理,不利于病情控制及预后改善。有研究指出^[3],突发性耳聋与心理因素存在密切关联,重点关注患者心理状态,早期采取有效心理疏导可增强疗效。因此,有效治疗突发性耳聋的同时辅以心理干预对患者极为重要。本研究选取 80 例、2021 年 1 月~2023 年 1 月收治的突发性耳聋患者,旨在观察心理护理的实用价值及对心理状态的影响,并分析其对生活质量及护理满意度的改善作用。现报告如下:

1. 资料与方法

1.1 一般资料

按随机数表法对我院 80 例突发性耳聋患者展开分组,病例取自 2021 年 1 月~2023 年 1 月。对照组:男/女:22 例/18 例,年龄 21~64 (42.63 ± 13.24) 岁,病程 2~10 (5.68 ± 1.35) d;疾病程度:中度 17 例,中重度 18 例,重度 4 例,重度 1 例。发病部位:左耳 18 例,右耳 12 例,双耳 10 例;观察组:男/女:23 例/17 例,年龄 23~66 (42.71 ± 13.25) 岁,病程 2~12 (5.72 ± 1.38) d。疾病程度:中度 19 例,中重度 16 例,重度 3 例,重度 2 例。发病部位:左耳 17 例,右耳 11 例,双耳 12 例;纳入标准:均与突发性耳聋诊断依据相符^[4];依从性较好;知悉研究内容,自愿配合研究;排除标准:严重器质性病变者;存在精神意识、认知障碍者。两组资料无统计学差异 ($P>0.05$)。

1.2 方法

对照组均给予患者指导用药、健康宣导、病情观察等常规护理。观察组则给予患者心理干预。具体如下:(1)以积极热情的态度对入院患者进行接待,并耐心为其讲解诊治流程、医院环境和协助办理住院,引导其领取生活用品,争取患者的认可,消除其紧张情绪。护士需准确评估患者的心理变化,并灵活运用自身掌握的沟通技巧,结合临床护理经验,快速建立良好的护患关系,在交流中充分了解患者的心理状态及护理需求等。(2)评估心理状况,护士需充

分掌握该疾病,并对患者不良情绪的影响因素进行判断,在心理评估期间,护士需分析和了解患者的病例等基础资料及实际病情,给予患者针对性施护。在与患者沟通期间,了解患者的治疗信心、日常生活压力及经济能力、心理状态等,根据上述信息判断患者的性格特征,便于后续采取针对性心理干预。(3)制定心理干预方案,基于对患者基本情况的了解对心理护理计划进行合理制定,并查找既往相似病例、相关文献和借鉴以往经验,补充完善患者的护理方案。(4)心理护理方案的实施。①心理疏导,护士应基于患者的实际情况进行有效心理干预,例如患者是因疾病认知不高而产生紧张情绪,护士可细化健康宣教,以简单易懂的语言向患者介绍疾病知识和治疗方法。若患者因突发耳聋导致不良情绪,护士应及时安抚,表示理解耳聋对患者困扰,鼓励其积极配合,增强其战胜疾病的信心。②心理干预。护理人员通过聊天、阅读书籍、静坐、呼吸等多种方法减轻患者的负面情绪。此外,播放轻音乐对患者的烦躁情绪具有缓解作用。为患者提供安静舒适的医疗环境,保证睡眠充足。在患者用药时为其讲解药物用法和药理机制,增强其对治疗的认知。指导患者进行散步、慢跑等有氧运动,鼓励患者参与下象棋、五子棋等休闲活动,有助于转移其对耳鸣等症状的关注,减轻其负面情绪。③强化心理干预,多予以患者语言的鼓励,并为其列举临床成功病例,增强其治疗信心。④心理指导中的注意事项,心理干预时需对患者的神态、语言进行密切观察,如患者情绪波动较大可采取多种护理干预,护士应保持足够的耐心和高职业素养,在与患者的沟通中不可出现刺激性语言,注意语言柔和,对患者的意愿表示尊重,如患者在心理疏导时产生较强的抵触心理,应及时对对话题进行转换,并询问其抵触的原因。在护理期间,定期评估患者心理情绪,并基于其心理改善状况对心理干预措施进行灵活调整。

1.3 观察指标

1.3.1 疗效评估^[5]:根据患者受损频率听力改善情况评估临床疗效。治愈:患者受损频率听阈与健侧水平趋于一致或恢复正常。显效:听力较治疗前取得至少 30dB 的改善;有效:听力改善下限 15dB,上限 30dB;无效:听力改善 < 15dB。总有效率=100%-无效率。

1.3.2 心理状态:以 SAS、SDS 量表评估患者焦虑、抑郁状态。SAS 评分=50~59 分表示轻度, SAS 评分标准:评分结果 60~69 分表示中度,评分结果 >69 分表示重度;SDS 评分标准:评分结果 53~62 分表示轻度,评分结果 63~72 分表示中度,评分结果 ≥ 72 分表示重度。分值越低,则心理评分改善更佳。

1.3.3 生活质量:以健康调查简表(SF-36)基于躯体、心理、社会、情感各维度评价患者生活质量。各项 100 分。

1.3.4 护理满意度:以自制问卷评估患者护理满意度。非常满意:90~100 分,满意:70~89 分,不满意:0~69 分。总满意度=100%-不满意率。

1.4 统计学分析

数据分析软件选取 SPSS26.0, 计量数据以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 行 t 检验, 计数数据以 n/% 表示, 行 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为数据间差异存在显著意义。

2. 结果

2.1 两组临床疗效比较

观察组中, 治愈 20 例, 显效 12 例, 有效 7 例; 对照组中, 治愈 20 例, 显效 12 例, 有效 7 例。观察组的总有效率高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[n (%)]

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组	40	20 (50.00)	12 (30.00)	7 (17.50)	1 (2.50)	39 (97.50)
对照组	40	15 (37.50)	10 (25.00)	8 (20.00)	7 (17.50)	33 (82.50)
χ^2	-	-	-	-	-	5.000
P	-	-	-	-	-	0.025

2.2 两组心理状态评分比较

观察组干预后的 SAS、SDS 评分低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组心理状态评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	SAS		SDS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	40	60.24 ± 7.95	44.32 ± 5.54	61.05 ± 6.48	45.47 ± 6.18
		60.21 ± 7.78	50.69 ± 5.21	61.12 ± 6.52	51.75 ± 6.24
t	-	0.017	5.297	0.048	4.522
P	-	0.986	0.000	0.961	0.000

2.3 两组生活质量评分比较

观察组的生活质量评分高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组生活质量评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	躯体	心理	社会	情感
		观察组	66.81 ± 12.63	75.42 ± 5.56	76.82 ± 12.53
对照组	40	60.12 ± 11.18	66.19 ± 6.62	65.05 ± 10.18	66.42 ± 12.81
t	-	2.508	6.752	4.610	4.272
P	-	0.014	0.000	0.000	0.000

2.4 两组护理满意度比较

观察组的护理满意度高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组护理满意度比较[n (%)]

组别	n	非常满意	满意	不满意	总满意度
观察组	40	28 (70.00)	10 (25.00)	2 (5.00)	38 (95.00)
对照组	40	20 (50.00)	12 (30.00)	8 (20.00)	32 (80.00)
χ^2	-	-	-	-	4.114
P	-	-	-	-	0.042

3. 讨论

突发性耳聋是指患者双耳听力在 72 h 内至少下降 20 dB, 极易导致感音神经性耳聋。以单侧发病为主, 且患者发病后多伴有耳鸣或耳闷、眩晕等症状表现, 该疾病的发生可与长期压力过大或处于噪音环境、精神紧张过度、呼吸道感染、免疫性因素等多因素有关^[6]。大多数患者面对突发性耳聋无法及时调整情绪, 受到疾病的困扰而诱发紧张、焦虑、暴躁等不良情绪, 不利于后续的治疗工作的开展。随着现代护理模式的转变, 人们对护理的认识更加深入, 强调人性化服务的重要性, 强调关注患者疾病变化和心理健康^[7]。心理护理是护士采取多样化有效的心理干预, 结合相关护理技术, 减轻患者不良情绪。心理护理强调应加强患者情绪、心理上的干预, 基于其实际情况分析患者的情绪状态, 并施以针对性心理干预措施, 消除其不良心理^[8]。

本研究显示, 心理护理可增强突发性耳聋患者的护理效果, 减轻其焦虑、抑郁等情绪, 促进患者生活质量及护理满意度的改善提升。在临床实际护理中, 考虑到不同患者的差异性, 护士需以强大的耐心与患者进行沟通, 掌握其内心想法, 从而引导患者在心理干预计划中积极配合。此外, 心理干预中创造有利的环境、灵活运用沟通技巧以及健康教育等, 可改善治疗配合度, 提升其治疗效果^[9-10]。观察组干预后的 SAS、SDS 评分低于对照组 ($P < 0.05$)。提示, 心理护理可有效解除突发性耳聋患者的负面情绪, 使其创造安静舒适的诊疗环境, 可使其良好的心理状态得以维持, 对患者疾病的治疗和康复具有重要意义。本研究中, 观察组的生活质量评分、护理满意度高于对照组 ($P < 0.05$)。提示, 心理护理可显著提升突发性耳聋患者的预后及生活质量, 可促进其护理满意度的提升。

综上所述, 基于突发性耳聋患者特点及心理状况, 采取心理护理的价值确切, 可减轻其临床症状及心理状态, 有助于改善其生活质量及护理满意度。

参考文献:

[1]李爱.个性化心理疏导在突发性耳聋患者中的应用[J].当代护士(下旬刊),2021,28(05):94-95.
 [2]陈娟娟,蔡雪花,郑建华,等.心理护理在高血压合并突发性耳聋伴耳鸣患者中的应用[J].心血管病防治知识,2021,11(34):72-74.
 [3]肖茜予.基于 IMB 模型的护理干预在突发性耳聋患者负性情绪中的作用[J].中国社区医师,2020,36(15):169-170.
 [4]陶荣,潘雪迎.循证护理对老年突发性耳聋患者焦虑、抑郁和生活质量的影响[J].当代护士(下旬刊),2020,27(11):99-101.
 [5]肖亚敏,潘雪迎.自我管理干预联合心理护理对突发性耳聋患者的影响[J].当代护士(中旬刊),2020,27(07):69-72.
 [6]王园,冯彩虹.专项护理干预对突发性耳聋患者预后的影响[J].河北医药,2020,42(11):1758-1760.
 [7]潘金霞.心理护理联合健康教育指导对高血压伴突发性耳聋患者的治疗效果影响分析[J].心血管病防治知识,2021,11(20):84-86.
 [8]许佳.健康教育加心理护理干预方式对突发性耳聋患者的负性情绪及满意度的影响[J].中国保健营养,2020,30(30):333-334.
 [9]张娟,段雪梅,屈辉,等.高压氧综合护理在突发性耳聋患者中的应用及其对心理状态、听力水平的影响[J].临床医学工程,2023,30(1):99-100.
 [10]许少凤.分析综合护理干预对突发性耳聋患者心理状况及睡眠质量的影响[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(65):104,106.