

# 心理护理在青少年抑郁症患者中的应用效果

李明晶

(内蒙古自治区第三医院(脑科医院) 内蒙古呼和浩特 010010)

**摘要:** 目的: 分析青少年抑郁症患者临床护理中心理护理应用效果及临床影响。方法: 随机抽选 2022 年 7 月~2023 年 6 月期间急诊青少年抑郁症患者 25 例为研究对象, 行对比性临床研究, 将患者随机划分对照组 (n=12)、研究组 (n=13) 后, 予以对照组常规临床护理, 予以研究组常规护理+心理护理干预。比较分析: (1) 护理期间汉密尔顿抑郁量表评分 (HAMD-24)、贝克抑郁量表评分 (BDI); (2) 护理期间服药信念量表评分 (BMQ); (3) 护理期间自知力和治疗态度问卷评分 (ITAQ); (4) 治疗应对量表评分 (SCSQ); (5) 护理后临床健康知识问卷评分。结果: (1) 研究组干预 8 周时 HAMD-24 评分、BDI 评分低于同期对照组, 差异有统计学意义,  $P < 0.05$ 。(2) 研究组干预 8 周时 BMQ-感知服药必要性评分、ITAQ 评分高于对照组, 且 BMQ-服药顾虑评分低于对照组, 差异有统计学意义,  $P < 0.05$ 。结论: 青少年抑郁症患者临床治疗期间心理护理的配合, 可有效改善患者临床抑郁表现, 改善自主服药治疗信念、自知力及治疗应对态度, 护理效果确切。

**关键词:** 心理护理; 青少年抑郁症; 治疗应对

## 前言

临床研究指出, 受多方面因素影响抑郁症在青少年群体中的临床发病率呈逐年升高趋势发展<sup>[1]</sup>, 发病率已达 15%~20%, 严重影响青少年身心发展健康<sup>[2]</sup>, 且对患者家庭同样具有较大影响, 应重视青少年群体精神卫生健康<sup>[3]</sup>。临床中对于青少年抑郁症的治疗的主要采取心理治疗、药物治疗联合方案, 以控制患者抑郁症状表现, 促进精神健康恢复<sup>[4]</sup>, 但需配合积极护理引导, 引导青少年患者完成自主用药治疗, 以维持治疗效果, 控制病情进展<sup>[5]</sup>。因此, 为分析青少年抑郁症患者临床护理中心理护理应用效果及临床影响, 特开展临床研究, 现将研究结果详述如下:

### 1 资料与方法

#### 1.1 临床资料及分组

随机抽选 2022 年 7 月~2023 年 6 月期间急诊青少年抑郁症患者 25 例为研究对象, 行对比性临床研究, 将患者随机划分对照组 (n=12)、研究组 (n=13)。

对照组, 男/女, 7/5 例, 年龄 (13.56 ± 2.85) 岁, 病程 (8.56 ± 2.39) 月, 专科诊断评估后确诊轻度/中度抑郁症, 4/8 例, 初中/高中学历, 5/7 例; 研究组, 男/女, 7/6 例, 年龄 (13.58 ± 2.91) 岁, 病程 (8.59 ± 2.32) 月, 专科诊断评估后确诊轻度/中度抑郁症, 5/8 例, 初中/高中学历, 6/7 例。患者临床资料组间差异性对比无统计学意义,  $P > 0.05$ , 研究结果可比。

**纳入标准:** (1) 患者均为 11~16 岁者, 专科诊断符合《ICD-10》中抑郁症临床诊断标准; (2) 患者认知功能健全, 临床配合度尚可; (3) 家属经确认护理研究方案后, 均确认患者纳入本次研究, 签署知情书。

**排除标准:** (1) 确诊重度抑郁或明确高度自杀倾向者; (2) 合并严重躯体化症状者; (3) 伴发其他类型精神疾病者; (4) 合并严重认知功能障碍或精神发育迟缓者; (5) 临床资料缺损者; (6) 研究期间主动脱退者或失访者。

#### 1.2 护理方法

予以对照组常规临床护理, 予以研究组常规护理+心理护理干预。

常规护理: 即在患者治疗期间, 由护士予以患者、家属基础健

康知识宣教, 其后完成药物治疗指导, 引导患者在积极服药同时, 按时完成临床心理治疗。

心理护理: 需在患者住院治疗期间以周为单位选定健康宣教内容, 逐步完成患者、家属抑郁症发病机制、临床症状表现、诱因、临床治疗等健康知识宣教, 完善患者疾病认知掌握; 护理期间, 需由责任护士引导患者每日完成心理情绪放松、正念冥想及松弛干预, 每日干预时间为 30~45min, 辅助改善患者情绪健康, 且每日予以睡眠干预, 确保患者睡眠质量稳定。

#### 1.3 观察指标

比较分析: (1) 护理期间汉密尔顿抑郁量表评分 (HAMD-24)、贝克抑郁量表评分 (BDI); (2) 护理期间服药信念量表评分 (BMQ); (3) 护理期间自知力和治疗态度问卷评分 (ITAQ); (4) 治疗应对量表评分 (SCSQ); (5) 护理后临床健康知识问卷评分。

#### 1.4 统计学方法

取 SPSS28.0 软件统计数据组间差异, 计量资料即 ( $\bar{x} \pm s$ ),  $t$  检验; 计数资料即  $n(\%)$ , 卡方检验; 如结果为  $P < 0.05$  或  $P < 0.01$ , 差异有统计学意义。

## 2 研究结果

### 2.1 患者 HAMD-24、BDI 评分对比

患者干预前 HAMD-24、BDI 评分组间差异无统计学意义,  $P > 0.05$ ; 护理干预期间患者临床抑郁症状较干预前均有缓解, 且干预 4 周、8 周时 HAMD-24、BDI 评分较干预前降低明显,  $P < 0.05$ ; 研究组干预 8 周时 HAMD-24 评分 (14.26 ± 2.14 分)、BDI 评分 (16.85 ± 3.14 分) 低于同期对照组, 差异有统计学意义,  $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1 患者 HAMD-24、BDI 评分对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

评分量表	对照组/12	研究组/13	t	P	
HAMD-24 (分)	干预前	22.26 ± 2.84	22.35 ± 2.97	0.0773	0.9391
	干预 4 周	20.14 ± 2.89*	18.47 ± 3.05*	1.4024	0.1741
	干预 8 周	17.02 ± 2.39*	14.26 ± 2.14*	3.0466	0.0057
BDI (分)	干预前	24.65 ± 3.54	24.68 ± 3.52	0.0212	0.9832
	干预 4 周	19.05 ± 3.29*	16.85 ± 3.14*	1.7106	0.1006
	干预 8 周	11.35 ± 3.05*	8.13 ± 2.97*	2.6736	0.0136

注: \* $P < 0.05$ , 较本组干预前差异有统计学意义。

2.2 患者 BMQ、ITAQ 评分对比

患者干预前 BMQ、ITAQ 评分组间差异无统计学意义,  $P > 0.05$ ; 护理干预期间患者服药信念及自知力、治疗态度均有改善, 研究组干预 8 周时 BMQ-感知服药必要性评分 (20.78 ± 4.15 分)、ITAQ 评分 (18.75 ± 3.25 分) 高于对照组, 且 BMQ-服药顾虑评分 (10.45 ± 2.24 分) 低于对照组, 差异有统计学意义,  $P < 0.05$ 。见表 2。

表 2 患者 BMQ、ITAQ 评分对比 ( $\bar{X} \pm s$ )

评分量表 (分)	对照组/12	研究组/13	t	P	
<b>BMQ</b>					
感知服药必要性 (分)	干预前	14.95 ± 3.24	15.02 ± 3.21	0.0542	0.9572
	干预 8 周	17.32 ± 4.08	20.78 ± 4.15	2.0995	0.0469
服药顾虑 (分)	干预前	16.24 ± 3.87	16.25 ± 4.02	0.0063	0.9950
	干预 8 周	14.78 ± 3.25	10.45 ± 2.24	3.9057	0.0007
ITAQ (分)	干预前	12.95 ± 2.87	12.89 ± 3.05	0.0505	0.9601
	干预 8 周	15.06 ± 3.14	18.75 ± 3.25	2.8824	0.0084

2.3 患者 SCSQ 评分对比

干预前患者 SCSQ 量表评分组间差异无统计学意义,  $P < 0.05$ ; 干预 8 周时, 研究组 SCSQ-积极应对评分 (19.45 ± 2.85 分) 高于对照组, SCSQ-消极应对评分 (6.14 ± 2.39 分) 低于对照组, 差异有统计学意义,  $P < 0.05$ 。

表 3 患者 SCSQ 评分对比 ( $\bar{X} \pm s$ )

评分维度 (分)	对照组/12	研究组/13	t	P	
积极应对 (分)	干预前	8.52 ± 1.54	8.57 ± 1.46	0.0833	0.9343
	干预 8 周	15.41 ± 3.07	19.45 ± 2.85	3.4126	0.0024
消极应对 (分)	干预前	20.05 ± 1.89	20.12 ± 1.78	0.0954	0.9248
	干预 8 周	11.54 ± 2.25	6.14 ± 2.39	5.8041	0.0000

2.4 护理后临床健康知识问卷评分对比

研究组干预后抑郁临床表现 (58.32 ± 5.14 分)、抑郁治疗药物 (58.14 ± 5.49 分)、药物副反应类型及处理 (57.05 ± 5.16 分)、自我情绪管理 (56.87 ± 5.25 分) 及医疗帮助途径健康知识评分 (57.14 ± 5.29 分) 高于对照组, 差异有统计学意义,  $P < 0.05$ 。

表 4 护理后临床健康知识问卷评分对比 ( $\bar{X} \pm s$ )

评分维度	对照组/12	研究组/13	t	P
抑郁临床表现 (分)	51.25 ± 4.26	58.32 ± 5.14	3.7263	0.0011
抑郁治疗药物 (分)	50.47 ± 5.16	58.14 ± 5.49	3.5915	0.0015

药物副反应类型及处理

(分)	48.39 ± 4.36	57.05 ± 5.16	4.5124	0.0002
自我情绪管理 (分)	48.24 ± 4.22	56.87 ± 5.25	4.5051	0.0002
医疗帮助途径 (分)	48.39 ± 5.14	57.14 ± 5.29	4.1882	0.0004

3 讨论

抑郁症的发生可导致青少年在持续性低落情绪影响下, 影响自身主观能动性<sup>[6]</sup>, 且可在抑郁情绪严重时引发躯体化症状, 限制患者社会活动参与性, 进而逐步对其身心健康发展、认知健康产生负面影响<sup>[7]</sup>, 严重者可合并高度自杀风险<sup>[8]</sup>, 故积极临床干预的开展对青少年抑郁症患者症状控制、精神健康恢复具有积极影响。

经回溯本次研究结果可知, 心理护理在青少年抑郁症患者治疗中的配合, 可在逐步完成完善疾病健康知识宣教后, 完善患者治疗认知, 明确各项治疗措施开展目的及干预效果, 积极应对治疗<sup>[9]</sup>; 心理护理期间, 予以患者每日充分心理松弛、放松干预及正念冥想引导, 可积极稳定患者情绪, 改善心理情绪正向性, 减少严重抑郁情绪的发生, 并可在睡眠干预配合下缓解失眠、睡眠障碍等躯体化症状表现, 辅助综合缓解患者抑郁表现<sup>[10]</sup>。

综上所述, 青少年抑郁症患者临床治疗期间心理护理的配合, 可有效改善患者临床抑郁表现, 改善自主服药治疗信念、自知力及治疗应对态度, 护理效果确切。

参考文献:

- [1] 高菲菲, 延英芹, 马海平, 等. 以家庭为中心的心理干预在青少年抑郁症患者中的应用效果[J]. 心理月刊, 2023(1):121-123.
- [2] 杨静. 小组心理护理在青少年抑郁症患者中的临床效果[J]. 妇幼护理, 2022, 2(4):962-964.
- [3] 梁连仲, 李柳香, 叶娥明. "情绪宣泄坊"构建联合亲情支持心理干预在青少年抑郁症中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2022, 28(9):85-88.
- [4] 彭建燕, 吴冬梅, 谌青云, 等. 青少年抑郁症患者非自杀性自伤体验的质性研究[J]. 中国学校卫生, 2023, 44(2):242-245, 250.
- [5] 舒婉, 朱春莹, 缪群芳, 等. 抑郁症伴自伤行为青少年对生死认知的质性研究[J]. 护理学杂志, 2022, 37(18):83-86.
- [6] 王洪会, 韦春红, 徐朝英, 等. 日记式心理教育对青少年抑郁症患者负性情绪和应对方式的影响[J]. 上海护理, 2022, 22(6):44-47.
- [7] 魏学忠, 陈红磊. 青少年抑郁症患者父母心理健康素养现状及影响因素分析[J]. 护理管理杂志, 2022, 22(2):139-143.
- [8] 郭盼盼. 匹兹堡睡眠质量量表基础下的临床护理干预对青少年抑郁症患者的临床影响[J]. 辽宁医学杂志, 2021, 35(1):78-81.
- [9] 赵军青. 手机微信平台的人性化关护在青少年复发性抑郁症患者中的应用观察[J]. 中国药物与临床, 2021, 21(15):2762-2764.
- [10] 谢小敏, 李亚莉, 梁亚红, 等. 功能失调性态度在父母教养方式与青少年抑郁症状间的中介效应[J]. 护理学报, 2021, 28(13):52-57.