

认知行为疗法在急性闭角型青光眼心理护理中的应用价值分析

周莹 张蕊 【通讯作者】

(西安医学院第二附属医院 陕西西安)

摘要: 目的: 分析急性闭角型青光眼心理护理中认知行为疗法应用价值。方法: 急性闭角型青光眼患者取样 74 例, 收治时间 2022 年 11 月至 2023 年 11 月, 抽签法分组后对照组行常规心理护理, 观察组在此基础上加用认知行为疗法心理护理, 37 例/组, 对比依从性评分、SAS、SDS 分值。结果: 护理后, 观察组依从性总分 (93.14 ± 3.69), 比常规组 (86.27 ± 3.88) 分高, SAS (34.27 ± 3.90) 分, SDS (36.14 ± 4.18) 分, 比常规组 (40.65 ± 4.24)、(43.29 ± 5.17) 分低, $P < 0.05$ 。结论: 在急性闭角型青光眼心理护理中加用认知行为疗法可提升患者依从性, 改善患者遵医行为和心理健康。

关键词: 护理价值; 急性闭角型青光眼; 心理护理

急性闭角型青光眼是临床上常见的一种眼科疾病, 具有发病急促的特征, 主要是由于眼内房水排出受阻而引起眼压急剧上升, 以突然发作的眼痛为特征^[1]。虹膜增厚、晶状体隆起等因素都有可能引起急性闭角型青光眼, 发病后可严重损伤患者眼部功能, 出现视物模糊、呈彩虹状或发现某些区域的视野缺失, 降低患者视力水平, 并且会引起恶心呕吐、头痛、眼胀痛等症状, 若治疗干预不及时, 则会增加患者失明风险^[2], 危害患者身心健康。急性闭角型青光眼患者常常会面临治疗费用高昂、工作和家庭生活受到影响等多重压力, 容易产生焦虑、郁闷、恐惧等负面情绪。由于对疾病认识程度不够, 许多患者无法理智对待自己的病情, 进一步加重了心理压力^[3]。周边虹膜切除术是目前治疗此病的常用术式, 但患者心理状态会对手术效果、术后视力恢复情况产生影响, 因此, 对患者进行心理护理干预是非常必要的。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

急性闭角型青光眼患者取样 74 例, 收治时间 2022 年 11 月至 2023 年 11 月。观察组年龄 42 至 75 岁, 计算均值 (56.43 ± 1.29) 岁, 男女比例 20:17, 对照组 41 至 75 岁, 计算均值 (56.20 ± 1.25) 岁, 男女比例 19:18, $P > 0.05$ 。纳入标准: 患者有头痛、恶心、眼部胀痛等症状; 资料完整; 眼压急剧升高; 签订知情同意书的急性闭角型青光眼患者。排除标准: 近期使用缩瞳、散瞳药物; 严重肝肾功能障碍; 传染性疾病; 严重慢性疾病; 患其他眼部疾病者。

1.2 方法

两组皆实施常规心理护理、对症处理、指导用药、监测病情、常规检查指导、术前准备等干预内容。入院阶段提供

干净整洁的就医环境, 进行心理评估, 以良好真挚、和蔼可亲的态度与患者沟通; 术前阶段做好术前准备工作, 采用通俗易懂的语言进行心理疏导和健康教育; 术后阶段认真倾听患者的疼痛感受, 通过安慰患者、分散注意力、提供相关知识宣教和药物治疗等措施, 减轻疼痛对患者的影响, 帮助患者保持良好的心态进行康复治疗。观察组在此基础上加用认知行为疗法心理护理: (1) 鼓励患者分析自己的情绪, 引导患者倾诉对疾病的了解情况和焦虑及压力情况, 帮助其识别情绪变化的模式和触发因素; 帮助患者识别自身出现的消极、不合理的思维方式, 分析这些的不合理之处, 并替换为更积极、合理的思维方式。包括辨认并纠正“思维错误”, 如过度概括、以偏概全、情绪化推断等, 引导患者进行认知重构。(2) 在此基础上, 设定具体的目标, 实施行为激励来增加患者的信心, 帮助患者明确他们想要实现的变化, 并制定可行的计划; 通过尝试新的行为方式, 帮助患者验证他们的思维是否真实可靠, 并培养积极的行为习惯。(3) 教授患者一些情绪调节的技巧, 如深呼吸、放松训练、积极心理暗示等, 以帮助患者管理情绪并应对压力, 教授患者一些家庭和社交沟通技巧的培训, 帮助患者改善人际关系, 与家属一起积极面对疾病。

1.3 观察指标

(1) 遵医行为观察: 从定期复查、饮食控制、自我检测、坚持用药 4 个维度评估患者依从性, 0-100 分, 得分越高依从性越高。(2) 应用 SAS、SDS 量表评估患者焦虑、抑郁程度, 0-100 分, 与得分正相关。

1.4 统计学分析

资料分析用 SPSS26.0, 计量 ($\bar{x} \pm s$)、计数 (%) 资料以 t 、 χ^2 检验, $P < 0.05$ 。

2.结果

见表 1, 护理后, 观察组依从性评分比常规组更高, $P < 0.05$ 。

2.1 遵医行为影响

表 1 对比依从性评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	定期复查		饮食控制		自我检测		坚持用药		总分	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	37	20.18 ± 1.10	23.25 ± 1.06	19.89 ± 1.25	23.28 ± 1.18	20.04 ± 1.07	23.40 ± 1.12	20.23 ± 1.09	23.44 ± 1.20	81.34 ± 4.29	93.14 ± 3.69
常规组	37	20.21 ± 1.08	21.44 ± 1.10	19.90 ± 1.28	21.49 ± 1.22	20.06 ± 1.10	21.52 ± 1.14	20.25 ± 1.06	21.52 ± 1.34	81.50 ± 4.34	86.27 ± 3.88
T	-	0.118	7.207	0.034	6.415	0.079	7.156	0.080	6.493	0.159	7.804
P	-	0.906	0.000	0.973	0.000	0.937	0.000	0.936	0.000	0.874	0.000

2.2 心理状态影响

见表 2, 护理后, 观察组 SAS、SDS 分值比常规组低, $P < 0.05$ 。

表 2 对比 SAS、SDS 分值 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	SAS		SDS	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	37	58.24 ± 3.27	34.27 ± 3.90	59.16 ± 3.45	36.14 ± 4.18
常规组	37	58.30 ± 3.24	40.65 ± 4.24	59.20 ± 3.39	43.29 ± 5.17
T	-	0.079	6.736	0.050	6.542
P	-	0.937	0.000	0.960	0.000

3.讨论

急性闭角型青光眼可对患者视功能造成不可逆的损害, 患者多为老年人, 发病机制尚未明确, 一般是因眼前房角突然关闭或变窄, 使房水涨满且外流受阻, 不能及时排除的情况下会导致眼压急剧升高继而发病, 临床表现为视力锐减、剧烈眼胀痛、同侧偏头痛、瞳孔固定散大、呕吐血压升高等^[4]。全身应用抗胆碱药物、暗室停留时间过长、气候变化、过度疲劳、情绪激动这些因素可以使瞳孔扩大、周边虹膜松弛, 从而引发急性闭角型青光眼, 严重情况下可能会在短时间内导致失明。研究表明, 在急性闭角型青光眼护理中实施心理护理可提升患者依从性, 减轻患者焦虑、恐惧心理, 促进其病情康复^[5]。

分析表 1 表 2 得: 护理后, 观察组依从性评分比常规组更高, SAS、SDS 分值比常规组低, 提示观察组护理效果更优, 分析原因: 急性闭角型青光眼的诊断和治疗可能给患者带来焦虑、恐惧和心理负担。认知行为疗法心理护理可以提供情绪支持,

帮助患者缓解焦虑和恐惧, 增强他们的情绪适应能力; 可以向患者提供相关的教育和信息, 使他们了解疾病的病因、治疗方法和预后等方面的知识, 减轻患者心理负担, 改善患者遵医行为^[6]; 对于一些患有急性闭角型青光眼并可能面临视力损失的患者来说, 认知行为疗法可以提供心理康复的支持, 使患者积极学习放松技巧、应对焦虑和恐惧的方法, 坚定其治疗信心。

综上所述, 在急性闭角型青光眼心理护理中加用认知行为疗法可排解患者负性心理, 改善患者遵医行为, 增强患者依从性。

参考文献:

[1]李泽琼,李静南,江焱等.互动达标理论下护理干预对急性闭角型青光眼术后患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2023,29(24):66-69.

[2]石慧慧,张萍,黄虹等.“全人”理念下的全视角护理模式在急性闭角型青光眼手术患者中的应用[J].中国当代医药,2023,30(30):193-196.

[3]孟高强,徐亚龙.急性闭角型青光眼患者患眼视网膜对比敏感度与视觉相关生活质量的关系[J].临床医学研究与实践,2023,8(20):13-16.

[4]王可.急性闭角型青光眼小梁切除联合虹膜周边切除术围术期细节化护理干预效果分析[J].河南外科学杂志,2023,29(03):181-183.

[5]程士芹,朱琳.护理干预对急性闭角型青光眼术后的效果和生活质量的影响评价[J].实用防盲技术,2023,18(02):87-89.

[6]张艳燕,陈文文,王颖爽等.心理护理对急性闭角型青光眼患者术后恢复的临床效果分析[J].临床研究,2023,31(03):151-153.