

聚焦解决模式在艾滋病患者心理干预中的应用效果评价

陈伟梅¹, 李丽仙², 程林¹, 石义容¹, 苗琪琪¹, 吴宝红¹, 徐六妹¹

1. 深圳市第三人民医院, 广东 深圳 518000; 2. 深圳市人民医院, 广东 深圳 518000

摘要: **目的** 探讨聚焦解决模式对艾滋病患者进行心理干预中的效果。 **方法** 选取 2017 年 8 月-2018 年 8 月在深圳第三人民医院住院治疗的 100 例艾滋病患者, 用随机数字表法随机分为两组各 50 例, 实验组实施聚焦解决模式心理干预, 对照组实施常规心理干预。采用心理弹性量表、焦虑自评量表、抑郁自评量表和服药依从性问卷评估两组艾滋病患者。 **结果** 两组患者在干预前焦虑、抑郁、心理弹性评分差异均无统计学意义(均 $P>0.05$)。干预后 1 个月, 实验组焦虑自评得分为(46.50±8.44), 抑郁自评得分为(52.10±1.74), 心理弹性量表各维度中坚韧性评分为(31.06±8.40); 力量性评分为(16.92±5.61); 乐观性评分为(9.38±2.59)。对照组焦虑自评得分为(53.83±8.38), 抑郁自评得分为(63.40±5.33), 坚韧性评分为(27.34±6.15); 力量性评分为(13.54±3.39); 乐观性评分为(7.92±2.51)。实验组焦虑、抑郁、心理弹性的改善程度均优于对照组(均 $P<0.05$)。两组患者预后漏服率进行比较, 差异有统计学意义($\chi^2=4.882, P=0.027$)。

结论 应用聚焦解决模式能够显著改善艾滋病患者的心理健康状况, 降低患者的焦虑和抑郁评分, 提高其心理弹性水平和抗病毒治疗服药的依从性。

关键词: 聚焦解决模式; 艾滋病; 心理弹性; 焦虑; 抑郁; 服药依从性

中图分类号: R512.91 **文献标识码:** B **文章编号:** 1006-3110(2019)09-1091-03 **DOI:** 10.3969/j.issn.1006-3110.2019.09.018

根据我国疾病预防控制中心的最新报告, 截至 2018 年 7 月 31 日, 现存活的艾滋病病毒(human immunodeficiency virus, HIV)感染者和 AIDS 患者为 831 225 例, 其中现存活 HIV 感染者 486 890 例, AIDS 患者 344 335 例。死亡人数高达 255 995 例^[1]。研究表明大多数艾滋病患者存在焦虑、抑郁、绝望、自我歧视感等不良心理状况^[2-3]。聚焦解决模式是一种常见的心理干预模式, 侧重于以人的正面方向为主导, 并深入挖掘个体或团体解决问题的最大潜能。作为一种有效的心理干预模式, 聚焦解决模式干预方法在癌症患者、患者家属的心理护理以及护士培训等领域应用, 均取得良好效果^[4-6]。目前, 此模式针对艾滋病患者的心理干预研究甚少。本研究将聚焦解决模式心理干预应用于艾滋病患者, 旨在缓解患者负性情绪, 提高其心理弹性水平和抗病毒治疗服药依从性。

1 对象与方法

1.1 研究对象 选择 2017 年 8 月-2018 年 8 月在深

基金项目: 国家“十三五”艾滋病和肝炎重大科技专项(2017ZX10202101-001-008); 深圳市医疗卫生三名工程(SZSM201512029)

作者简介: 陈伟梅(1983-), 女, 广东深圳人, 本科学历, 主管护师, 主要从事艾滋病患者护理工作。

通信作者: 徐六妹, E-mail: zh3561@163.com。

圳第三人民医院住院的 100 例艾滋病患者。纳入标准: ①患者取得 HIV 抗体确证检测报告单, 均符合 2015 版的艾滋病诊疗指南^[7]; ②自愿参与本研究并签署知情同意书。(2)排除标准: ①有严重理解障碍、精神、认知障碍等病史的患者; ②不合作者。剔除标准: 中途不愿参加研究; 中途病情变化、发生意外, 需要抢救或转院的患者。根据随机数字表法将所有入选的患者分为实验组和对照组各 50 例。其中实验组: 男 21 例, 女 29 例, 年龄 26~75(50.48±1.99)岁。对照组: 男 25 例, 女 25 例, 年龄 25~69(48.53±1.84)岁。两组患者文化程度、婚姻状况、CD4 计数、病毒载量、临床表现比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$)。本研究通过了深圳第三人民医院伦理委员会的批准。

1.2 干预方法 对照组采用常规心理护理, 包括入院宣教、生活指导、疾病相关知识宣教、用药注意事项、出院指导等内容, 帮助艾滋病患者了解疾病的相关知识, 并给予不同程度的情感支持。实验组在对照组的基础上应用聚焦解决模式对患者进行心理干预, 具体内容如下。

1.2.1 组建研究团队 干预前课题组的 5 名研究人员进行 2 周的规范化培训与考核。每天培训 45 min。培训内容包括: 聚焦解决模式相关理论知识、医护人员沟通技巧和心理学等内容。培训结束后, 每名研究人员均参加笔试, 笔试不合格者继续参加培训, 保证每名

研究人员均能熟练掌握并运用培训内容。5 名研究人员均在艾滋病专科工作 5 年以上,包括 1 名主任医师、1 名副主任护师、3 名主管护师。

1.2.2 研究人员对患者进行干预 在艾滋病患者入院第 1 d、第 7 d、第 14 d 时,应用聚焦解决模式对患者进行干预,每次 30~60 min,共干预 3 次,共分五个阶段:①描述问题:与患者认真讨论目前是否存在负性情绪或遭遇的困扰,这些情绪或困扰对患者有何不利影响,了解患者的真实想法以及是否曾经为解决困扰做过哪些努力;全面客观的评估患者解决问题的能力或资源,以增强其信心。②建构目标:与艾滋病患者进行深度交流,询问患者假设这些问题得到有效解决,其心理状况与未解决相比会有哪些不同,具体体现在哪些方面,在这个阶段中要正面鼓励患者说出自己的顾虑与看法,并以描述的内容作为心理干预开展的方向。③探查例外:目标建构成功后,与患者深入探讨过去这些困扰是否得到过解决或者被偶然解决时发生的情形等问题,帮助患者正确意识到自己曾经所作做出的努力及可能带来的满意结果,帮助患者重建信心,明确目标实现的可能性,通过不断探查例外,使患者找到解决问题的简便途径来调整其负性情绪。④给予反馈:根据之前讨论的问题,帮助患者发掘自身资源优势。在此基础上,将刻度化提问与反馈相结合,细化当下可能的目标任务,积极改善其现况。⑤评价进步:刻度化提问方法可以协助患者把目标细化成每一步的实际行动,在干预过程中,了解患者情况是否好转,对患者自身努力所取得的进步予以鼓励,帮助患者朝着自己设定的目标并不断取得进步。

1.3 评价指标

1.3.1 焦虑自评量表(Self-rating Anxiety Scale,SAS) 共 20 个条目,用于测量有无焦虑症状及严重程度。采用 Likert 4 级评分,其中 50~59 分为轻度,60~69 分为中度,≥70 分为重度。量表的 Cronbach's α 值为 0.87。

1.3.2 抑郁自评量表(Self-rating Depression Scal,SDS) 共 20 个条目,用于测量有无抑郁症状及严重

程度。采用 Likert 4 级评分,其中 54~62 分为轻度,63~71 分为中度,≥72 分为重度。量表的Cronbach's α 值为 0.91。

1.3.3 心理弹性量表 由美国心理学家 connor 等于 2003 年编制。本研究采用 Yu 等汉化的中文版心理弹性量表,共 25 个条目,3 个维度。采用 Likert 5 级评分,总分为 100 分,总分越高,表明患者心理弹性水平越高。量表的 Cronbach's α 值为 0.91^[8]。

1.3.4 服药依从性 服药依从性是指患者是否遵医嘱服药。将漏服次数<3 次/月的患者表明服药依从性良好,漏服次数≥3 次/月的患者表明服药依从性差。

1.4 资料收集方法 分别在患者干预前和行第三次干预结束后发放相关资料量表,研究人员对患者采用统一的指导语,要求问卷在 30 min 内独立完成,并当场收回。共发放问卷 105 份,回收有效问卷 100 份,有效回收率为 95.24%。

1.5 统计学方法 应用 SPSS 23.0 进行分析,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 来描述,采用 *t* 检验;计数资料采用卡方检验,*P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者主要照顾者干预前后焦虑、抑郁评分比较 干预前两组艾滋病患者的焦虑和抑郁评分比较差异无统计学意义,干预后,实验组艾滋病患者的焦虑和抑郁评分明显低于对照组,差异有统计学意义,见表 1。

表 1 两组患者主要照顾者干预前后
焦虑抑郁评分的比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	SAS 评分		SDS 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
实验组	50	54.60±10.13	46.50±8.44	59.94±5.86	52.10±1.74
对照组	50	55.58±7.89	53.83±8.38	61.36±5.92	63.40±5.33
<i>t</i> 值		-0.540	4.351	1.205	6.661
<i>P</i> 值		0.590	0.000	0.231	0.000

2.2 两组干预前后心理弹性评分比较 干预后实验组患者心理弹性各因子水平显著高于对照组,差异有统计学意义,见表 2。

表 2 两组患者干预前后心理弹性评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	坚韧性		力量性		乐观性	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
实验组	50	25.68±5.76	31.06±8.40	13.18±3.12	16.92±5.61	7.32±2.60	9.38±2.59
对照组	50	26.30±5.39	27.34±6.15	12.84±3.07	13.54±3.39	7.08±2.24	7.92±2.51
<i>t</i> 值		-5.556	2.524	0.549	3.642	0.495	2.858
<i>P</i> 值		0.580	0.010	0.580	0.000	0.620	0.010

2.3 两组患者干预后漏服率情况 干预后实验组患者漏服率为 12.0% (6/50) 显著低于对照组的 30.0% (15/50), 差异有统计学意义 ($\chi^2=4.882, P=0.027$)。

3 讨论

3.1 聚焦解决模式可改善艾滋病患者焦虑抑郁状况

聚焦解决模式能显著减轻艾滋病患者焦虑和抑郁状况, 本结果显示, 干预前两组艾滋病患者的焦虑和抑郁评分比较差异无统计学意义, 干预后, 实验组艾滋病患者的焦虑和抑郁评分明显低于对照组。常规心理护理模式虽然在一定程度上能缓解患者消极情绪, 由于缺乏特异性, 不能做到具体问题具体分析, 对大多数患者效果不显著。而聚焦解决模式以患者为中心, 重视其复原力与易感性, 加强了与艾滋病患者保持的良好沟通, 对其心理困惑和精神痛苦等问题进行深度剖析并对其进行心理疏导, 协助艾滋病患者最大限度地挖掘自身解决问题的潜力, 充分利用自身资源, 使其能够积极主动地面对和解决各种问题^[9]。在干预实施过程中, 患者能主动陈述自身的问题, 有助于帮助患者及时解决困难, 缓解其焦虑和抑郁情绪。此外, 通过具体目标实施和介绍成功病例, 鼓励患者树立治疗信心, 有助于提高治疗配合度, 减轻减轻患者的心理痛苦。

3.2 聚焦解决模式能增强艾滋病患者的心理弹性水平 本研究结果显示, 干预后实验组患者心理弹性各因子水平显著高于对照组 ($P<0.05$), 表明聚焦解决模式能有效增强艾滋病患者的心理弹性水平。良好的心理弹性可有效减轻疾病本身及外界因素给患者带来的消极作用, 明显减少患者的心理应激状态, 使患者更好地更快地适应当下。由于艾滋病传播方式的特殊性, 需终身服用药物。患者常常不能有效调整、应对, 以致产生诸多负性情绪, 容易出现沮丧、恐惧、抑郁、悲观厌世等消极情绪反应, 不仅影响生存质量, 也不利于疾病的治疗和康复, 同时对逆境的适应力、容忍力及战胜力的能力也逐渐削弱。本研究应用聚焦解决模式对艾滋病患者进行针对性的教育、训练、心理疏导, 通过改变患者的认知状态, 从而使得患者更好地适应和接受当下。此外, 有研究表明, 采取同伴教育的教育方式, 并组织观看正面、积极的案例视频, 能有效促使保持乐观心态, 有利于提高治疗依从性, 也有助于其身心健康的发展^[10]。

3.3 聚焦解决模式能改善艾滋病患者的服药依从性

本研究结果显示, 干预后实验组患者漏服率低于对照组 ($P<0.05$), 表明聚焦解决模式能有效提高艾滋病患者的服药依从性。部分患者由于服药依从性达不到

要求, 不能维持稳定的有效血浆药浓度, 容易出现抗药性和交叉抗药性的危险。因此, 告知并改善艾滋病患者服药依从性是非常重要的。本研究应用聚焦解决模式对艾滋病患者的服药行为进行监督管理, 每日定时检查服药情况, 对服药重要性及注意事项反复进行健康宣教, 并充分利用家庭社会支持系统, 让亲友或病友提醒服药。也可指导患者设置手机闹铃、安装有专门提醒服药的手机 App 等方法来提高患者服药依从性。有文献表明医务工作者应当经常与患者进行面对面的治疗效果交流, 优化其治疗方案, 从而提高患者服药依从性, 保证治疗达到有效效果^[11]。此外, 树立患者治疗信心对提高其服药依从性具有十分重要的意义^[12]。

本研究将聚焦解决模式应用于艾滋病患者心理护理干预中, 对降低患者的焦虑和抑郁状况, 提高其心理弹性水平和抗病毒治疗服药依从性均具有重要意义。此外, 由于本研究样本量较小、干预观察时间较短等不足因素, 因此在今后的研究工作中有待进一步完善。

参考文献

- [1] 朱萍. 中国年轻艾滋病感染者增长较快, 大学生男同重灾区 [EB/OL]. (2018-10-31) [2018-11-30]. <http://news.sina.com.cn/c/2018-10-31/doc-ixfewws9699669.shtml>.
- [2] 杨致远, 武文芳, 陈卉, 等. 综合医院焦虑抑郁量表在艾滋病患者中的应用与评价 [J]. 中国艾滋病性病, 2018, 24(1): 44-47.
- [3] 据腊红, 吕繁, 徐鹏, 等. 从性别视角分析 HIV 感染者和艾滋病患者自我歧视状况及其影响因素 [J]. 中华预防医学杂志, 2016, 50(10): 863-868.
- [4] 高永平, 张玲玲. 聚焦解决模式对乳腺癌围术期患者焦虑抑郁症状影响的 meta 分析 [J]. 重庆医学, 2016, 45(25): 3591-3595.
- [5] 骆宏, 张茜, 顾利慧. 单次聚焦解决模式自我干预对护士职业倦怠的影响 [J]. 中华护理杂志, 2013, 48(1): 7-9.
- [6] 张玲玲, 魏素霞, 乔秋阁. 聚焦解决模式在肺癌患者家属中的应用 [J]. 广东医学, 2015(22): 3564-3566.
- [7] 孙建军, 卢洪洲. 《艾滋病诊疗指南第三版(2015 版)》更新解读 [J]. 浙江大学学报(医学版), 2015, 44(6): 597-602.
- [8] 倪倩钰, 田俊. 心理弹性量表信度和效度评价及应用 [J]. 中国公共卫生, 2013, 29(10): 1524-1527.
- [9] 李可, 杨艳. 聚焦解决模式对肠造口患者主要照顾者的照顾负担及负性情绪的影响 [J]. 中华护理杂志, 2016, 51(2): 225-230.
- [10] 孙文秀, 卢洪洲, 张林, 等. 同伴支持在 HIV 阳性患者中运用的研究进展 [J]. 中华护理杂志, 2018, 53(2): 238-241.
- [11] 艾尼·赛买提, 王兰香, 张海燕, 等. 乌鲁木齐市水磨沟区 2006 年 9 月-2013 年 12 月接受抗病毒治疗的艾滋病患者治疗依从性影响因素分析 [J]. 实用预防医学, 2016, 23(12): 1468-1470.
- [12] 赵希畅, 朱黎丹, 辛辛, 等. 浦东新区艾滋病患者抗病毒治疗信心及服药依从性调查 [J]. 实用预防医学, 2018, 25(3): 336-338.

收稿日期: 2018-12-18