

心理护理对膝关节置换手术患者的效果分析

徐涵

江苏南京市浦口区中医院, 江苏南京, 210000;

摘要: 目的: 探讨在膝关节置换手术患者中实施心理护理干预的效果。方法: 选取 2023 年 5 月至 2024 年 7 月在本院行膝关节置换手术治疗的患者 58 例, 根据随机数字表法分组, 观察组 (心理护理, 29 例), 对照组 (常规手术护理, 29 例)。采用 SAS (焦虑自评量表)、SDS (抑郁自评量表)、CD-RISC (心理弹性量表) 评估患者干预前后的心理状况, 并采用 VAS (视觉模拟评分法) 对术前 1d、术后第 1、2、3、7d 的疼痛感受进行评估, 并比较患者干预后的遵医嘱依从性。结果: 观察组干预后的 SAS、SDS 评分低于对照组, CD-RISC (乐观、坚韧、力量) 评分高于对照组 ($P < 0.05$); 观察组术前 1d 的 VAS 评分与对照组比较无统计差异 ($P > 0.05$), 术后第 1、2、3、7d 的 VAS 评分均低于对照组 ($P < 0.05$); 观察组干预后的遵医嘱依从性远高于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 对膝关节置换手术治疗患者采取心理护理干预, 能有效改善其负性情绪, 舒缓疼痛程度, 提高患者的遵医嘱依从性, 值得推广。

关键词: 膝关节置换手术; 心理护理; 焦虑; 抑郁; 心理弹性

DOI:10.69979/3029-2808.24.4.020

膝关节置换手术作为骨科领域的重要治疗手段, 是通过植入人工关节以恢复患者膝关节的功能。然而, 手术本身刺激作用及其康复过程患者常伴随的复杂心理反应, 容易导致患者滋生出焦虑、恐惧、抑郁等负面情绪, 不仅影响患者的心理健康, 还可能对手术效果及术后康复产生不利影响^[1]。因此, 对膝关节置换手术患者实施有效的心理护理显得尤为重要。心理护理作为一种综合性的干预措施, 可以通过认知行为干预、放松疗法、分散疗法及家庭社会支持等手段, 提升患者的疾病认知水平, 缓解其负面情绪, 增强其治疗依从性和康复信心^[2]。多项研究指出, 在膝关节置换手术的围术期中, 心理护理的介入能够显著降低患者的应激反应, 促进其心理状态的稳定, 从而为手术的顺利进行和术后康复奠定良好的基础^[3-4]。因此, 本研究将深入分析膝关节置换手术患者的护理过程, 探讨心理护理的具体效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

以 2023 年 5 月至 2024 年 7 月为研究时间, 选取 58 例在本院行膝关节置换手术治疗的患者, 根据随机数字表法分组, 观察组 (29 例, 男 10 例, 女 9 例, 年龄区间 29-64 岁, 平均 45.89 ± 5.67 岁), 对照组 (29 例, 男女分别为 11 例和 8 例, 年龄最小 30 岁, 最大则有 65

岁, 平均 45.76 ± 5.53 岁)。两组一般资料比较均无统计学差异 ($P > 0.05$)。研究经医院伦理委员会批准。

纳入标准: (1) 明确诊断为膝关节疾病, 需行膝关节置换手术; (2) 签署知情同意书, 自愿参与本研究; (3) 术前未接受过类似的心理护理干预; (4) 无膝关节置换手术的禁忌证; (5) 能够理解并遵循术后康复指导; (6) 无药物过敏史, 对手术所用材料无排斥反应。

排除标准: (1) 合并有恶性肿瘤、严重感染等其他严重疾病; (2) 有精神疾病史或正在接受心理治疗; (3) 存在聋哑、失明等疾病, 无法配合心理护理和评估; (4) 有凝血功能障碍或出血倾向, 影响手术安全。

1.2 方法

对照组: 常规手术护理, 包括: 术前进行基本的健康宣教, 向患者解释手术目的、过程及术后注意事项; 术中确保手术环境整洁, 协助医生完成各项操作; 术后密切监测患者生命体征, 如心率、血压等, 确保患者安全; 同时, 遵医嘱给予必要的药物治疗, 如抗生素预防感染, 镇痛药物缓解疼痛。此外, 护理人员还定期为患者进行伤口清洁和换药, 防止感染。

观察组: 在常规手术护理上采取心理护理, 包括: (1) 术前。①护理人员详细向患者讲解膝关节置换手术的相关知识, 包括手术过程、术后康复计划等, 使用

通俗易懂的语言,确保患者充分理解。②积极与患者及其家属沟通,了解患者的心理需求和担忧,提供情感支持。鼓励家属参与患者的术前准备,给予患者更多的关爱和陪伴,减轻其孤独感和恐惧感。③为患者营造一个温馨、舒适的治疗环境,减少外界干扰,有助于患者放松心情,减轻术前紧张情绪。④向患者介绍以往手术成功的案例,邀请康复良好的患者分享经验,增强患者的信心。(2)术中。①在手术过程中,护理人员通过温柔的语言和动作安抚患者情绪,减轻其紧张和恐惧,同时,密切关注患者的生命体征和情绪变化,确保手术顺利进行。②在手术过程中,护理人员积极与麻醉师沟通,确保患者处于舒适的麻醉状态,减少疼痛带来的心理负担。(3)术后。①及时评估患者的疼痛程度,采取合理的镇痛措施,同时向患者解释疼痛的原因和缓解方法,减轻其疼痛感和焦虑情绪。②密切关注患者的情绪变化,及时给予安慰和鼓励,帮助患者建立战胜疾病的信心。③向患者和家属详细讲解术后康复锻炼的重要性和方法,鼓励患者积极参与康复锻炼,促进关节功能恢复。④加强与患者家属的沟通,指导家属如何在家中给予患者情感支持和生活照顾,形成医患家三方的良好互动。⑤在患者出院后,定期进行电话或上门随访,了解患者的康复进展和心理状况,及时给予指导和支持。

1.3 观察指标

(1)心理评估:采用 SAS(焦虑自评量表)、SDS(抑郁自评量表)、CD-RISC(心理弹性量表)评估患者干预前后的心理状况。SAS:是否焦虑的临界分值为 50 分,超过该分数则可判断为存在焦虑情况,评分越低则心理状况越好;SDS:是否抑郁的临界评估分数为 53 分,超过该分数则可评估患者存在抑郁情绪,评分越低则表示患者心理状况越健康;CD-RISC:总分为 0-100 分,区分为乐观、坚强、坚韧 3 个评估维度,共计 25 条评估项,分数越高则表示患者心理弹性越强,表示患者对环境的适应程度越好。

(2)疼痛评估:采用 VAS(视觉模拟评分法)对术前 1d、术后第 1、2、3、7d 的疼痛感受进行评估,分值为 0-10 分,10 分表示剧痛到患者已无法忍受,分数越低则疼痛感知度越低。

(3)采用调查问卷评估且比较患者干预后的遵医依从性,总分 90-100 分表示患者完全依从,70-89 分表示患者部分依从,0-69 分表示患者不依从。总依从度=

(完全例数+部分例数)/总例数。

1.4 统计学方法

采用 SPSS23.0 软件,计量资料用 t 检验,以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,计数资料用 χ^2 检验,以率(%)表示, $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组负性心理比较

干预前,观察组 SAS (54.65 ± 4.59 分)、SDS (55.24 ± 5.37 分)与对照组 SAS (54.59 ± 4.57 分)、SDS (55.63 ± 5.41 分)比较结果, ($t=0.050$ 、 0.276 , $P=0.960$ 、 0.784)无统计差异;干预后的 SAS (36.52 ± 4.21 分)、SDS (37.82 ± 4.09 分)低于对照组 SAS (42.59 ± 5.11 分)、SDS (43.39 ± 5.27 分), ($t=4.937$ 、 4.496 , 均为 $P=0.001$)有统计差异。

2.2 两组心理弹性比较

干预前,观察组的 CD-RISC 评分[乐观 (5.52 ± 1.03 分)、坚韧 (27.54 ± 2.13 分)、力量 (20.05 ± 2.11 分)]与对照组相比[乐观 (5.43 ± 1.07 分)、坚韧 (27.43 ± 2.09 分)、力量 (19.85 ± 2.03 分)], ($t=0.326$ 、 0.199 、 0.368 , $P=0.745$ 、 0.843 、 0.714)无统计差异;干预后,观察组的[乐观 (10.05 ± 1.03 分)、坚韧 (39.05 ± 2.56 分)、力量 (27.78 ± 2.15 分)]评分分别高于对照组[乐观 (7.54 ± 1.02 分)、坚韧 (33.53 ± 3.01 分)、力量 (23.13 ± 2.61 分)], ($t=9.325$ 、 7.523 、 7.405 , 均为 $P=0.001$)有统计差异。

2.3 两组疼痛程度比较

观察组术前 1d 的 VAS 评分 (6.52 ± 1.03 分)与对照组 (6.61 ± 1.05 分)比较结果, ($t=0.330$, $P=0.743$)无统计差异;术后 VAS 评分[第 1d (3.02 ± 1.01 分)、第 2d (2.05 ± 0.67 分)、第 3d (1.83 ± 0.45 分)、第 7d (1.21 ± 0.34 分)]均低于对照组[第 1d (4.51 ± 1.29 分)、第 2d (3.56 ± 1.03 分)、第 3d (3.01 ± 0.95 分)、第 7d (2.54 ± 0.77 分)], ($t=4.898$ 、 6.618 、 6.045 、 8.509 , 均为 $P=0.001$)有统计差异。

2.4 两组遵医依从性比较

观察组干预后的遵医依从性 96.55% (28 例/29 例,完全依从 15 例、部分依从 13 例、不依从 1 例)远高于对照组 75.86% (22 例/29 例,完全依从 12 例、部分依

从 10 例、不依从 7 例），（ $\chi^2=5.220$ ， $P=0.022$ ）有统计差异。

3 讨论

膝关节置换手术作为一种常见的治疗膝关节严重退化和损伤的方法，对于提高患者的生活质量具有重要意义。但研究调查发现，由于症状的困扰、疾病与健康知识知晓不足、手术应激与其他负性时间的推动，容易导致患者出现不良康复行为，这不仅不利于患者康复，还容易致使患者产生消极情绪，极易导致患者持续消耗心理积极能力，出现冲动决策、意志减退、自我消沉等现象^[5]。因此，识别患者围术期护理需求，从生理到心理为患者提供充分医疗护理，能有效提高患者康复效果^[6]。

本研究中，观察组的负性情绪、心理弹性、疼痛程度、遵医程度均优于对照组。从负面情绪的管理来看，手术作为一种应激事件，往往会导致患者出现不同程度的焦虑和抑郁情绪。而心理护理的干预则可以通过提供情感支持、情绪安抚以及认知行为干预等措施，帮助患者正确面对手术和康复过程中的挑战，减轻心理负担，从而有效缓解焦虑和抑郁情绪^[7]。CD-RISC 量表主要用于评估个体的乐观、坚韧和力量等心理韧性特质。通过心理护理，患者学会了更加积极地应对手术和康复过程中的困难，培养了乐观的心态和坚韧的意志，从而增强了面对挑战的力量^[8]。另外，疼痛是膝关节置换手术后常见的并发症之一，持续的疼痛反应会严重影响患者的康复进程和生活质量。心理护理则能够通过提供疼痛管理知识、情绪安抚以及放松训练等措施，帮助患者正确面对和应对疼痛，提高了疼痛阈值，从而有效减轻了疼痛感^[9]。此外，遵医依从性是指患者按照医生的要求和建议进行治疗和康复的程度。本研究结果表明，心理护理能够显著提高膝关节置换手术患者的遵医依从性。通过心理护理，患者更加信任和理解医生的治疗方案，增强了治疗的主动性和积极性，从而提高了遵医依从性，这对于促进患者的康复进程及提高生活质量具有重要意义^[10]。

综上所述，在膝关节置换手术患者的护理中心理护

理发挥着重要作用，不仅能够显著改善患者的心理状态，减轻焦虑和抑郁情绪，提高心理韧性，还能够在疼痛管理中发挥积极作用，减轻患者的疼痛感，同时还能够显著提高患者的遵医依从性，促进康复进程。

参考文献

- [1] 刘淑芹, 李晶晶. 膝关节置换手术围手术期实施综合干预的价值研究[J]. 中国医药导刊, 2023, 25 (05): 522-527.
- [2] 田晓楠, 王沙沙, 姜春燕. 个性化音乐疗法联合心理护理对膝关节置换手术患者的影响分析[J]. 心理月刊, 2022, 17 (11): 174-176.
- [3] 彭静, 杨庆蕊. AIDET 沟通联合疼痛管理对全膝关节置换术患者心理弹性及疼痛的影响[J]. 深圳中西医结合杂志, 2024, 34 (01): 128-130.
- [4] 冯银珍, 黄素珍, 李冬妹, 等. 使用个性化音乐疗法联合心理护理对膝关节置换手术病人围术期疼痛及焦虑的影响[J]. 全科护理, 2020, 18 (36): 5025-5028.
- [5] 单亚维, 陈维佳, 金丽娟, 等. 全膝关节置换术后患者康复行为演变的质性研究[J]. 中华护理杂志, 2020, 55 (10): 1470-1475.
- [6] 赵鑫, 张小伟, 周漂. 需求识别指导下疾病全程管理模式在膝关节置换手术患者护理中的应用观察[J]. 哈尔滨医药, 2023, 43 (02): 108-110.
- [7] 陈宁, 范丽花, 王哲. 控制性降压联合心理干预在膝关节置换手术中的应用效果研究[J]. 心理月刊, 2020, 15 (18): 133-134.
- [8] 徐旭东, 聂宇. 心理干预在人工膝关节置换术患者围术期中的作用[J]. 国际精神病学杂志, 2024, 51 (4): 1336-1339.
- [9] 常林, 赵娟, 冯红霞, 等. 分级心理干预模式对膝关节置换术患者心理及睡眠的影响[J]. 现代医药卫生, 2023, 39 (19): 3383-3386.
- [10] 刘媛婷, 傅媛. 精细化护理联合中医情志护理在全膝关节置换手术中的应用效果分析[J]. 基层中医药, 2023, 2 (06): 100-106.