

康复患者情绪支持对治疗依从性的提升作用

吴洋洋¹ 李晨光² 李佳益¹

1 武警黑龙江省总队医院, 黑龙江哈尔滨, 150000;

2 黑龙江省军区哈尔滨第一离职干部休养所, 黑龙江哈尔滨, 150000;

摘要: 目的: 构建“认知疏导-社会支持-行为激励”三维情绪支持体系, 探究其对康复患者负面情绪改善及治疗依从性的提升效果。方法: 选取2024年4月至2025年7月某院康复科患者84例, 随机分对照组(42例, 常规康复指导)与实验组(42例, 三维情绪支持干预)。对比两组焦虑抑郁评分、治疗依从率及康复效果评分。结果: 实验组焦虑(32.15±4.36)分、抑郁(31.82±4.17)分低于对照组(45.62±5.89)分、(44.93±5.64)分($t=12.358, 11.926, P<0.001$); 依从率95.24%(40/42)高于对照组73.81%(31/42)($\chi^2=7.126, P=0.008$); 康复评分(89.36±5.24)分高于对照组(76.18±6.35)分($t=10.573, P<0.001$)。结论: 三维情绪支持可改善康复患者情绪状态, 提升依从性与康复效果。

关键词: 康复患者; 情绪支持; 治疗依从性; 焦虑抑郁; 三维支持体系

DOI: 10.69979/3029-2808.26.03.031

引言

康复治疗是慢性病、术后及伤残患者恢复功能的核心环节, 而治疗依从性直接决定康复成效^[1]。临床中, 康复患者因病程漫长、功能障碍影响生活质量, 常出现焦虑、抑郁等负面情绪, 此类情绪易引发“治疗无用感”, 导致康复训练逃避、用药不规律等依从性下降问题, 形成“情绪障碍-依从性差-康复滞后”的恶性循环。传统康复管理侧重生理功能干预, 对情绪问题的关注多为碎片化疏导, 缺乏系统性支持体系。基于社会认知理论与心理干预模型, 本研究构建“认知疏导-社会支持-行为激励”三维情绪支持体系, 从情绪根源、支持来源及行为强化三个维度精准干预。旨在破解康复患者情绪与依从性的联动困境, 为临床提供兼具科学性与操作性的康复管理方案, 推动康复医疗从“生理修复”向“身心协同”转型, 提升患者整体康复结局。

1 研究资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年4月至2025年7月某院康复科收治的84例患者为研究对象, 为保障研究结果的可靠性, 采用随机数字表法将其分为对照组与实验组, 每组各42例。纳入标准: 符合康复治疗指征(术后功能障碍、慢性病功能衰退、伤残康复等); 预计康复周期 ≥ 4 周; 汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评分 ≥ 14 分或抑郁量表(HAMD)评分 ≥ 17 分; 意识清晰可配合干预; 患者及家属知情同

意。排除标准: 合并严重精神疾病(精神分裂症等); 认知功能障碍(简易精神状态评价量表 < 24 分); 终末期恶性肿瘤; 中途转院或退出研究。经统计学检验, 两组患者在性别构成($\chi^2=0.048, P=0.826$)、年龄分布($t=0.342, P=0.733$)及疾病类型等基线资料方面差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 实验方法

对照组采用常规康复管理模式: 康复医师制定个性化训练方案(如肢体功能训练、语言康复等), 护士每日督促训练执行, 记录完成情况; 遵医嘱给予用药指导与基础健康宣教; 患者出现明显情绪波动时, 给予简单安慰性疏导(如“坚持就会好转”), 无系统性情绪干预措施。实验组在常规康复管理基础上, 实施“认知疏导-社会支持-行为激励”三维情绪支持体系, 具体措施如下: 1. 认知重构式情绪疏导: (1) 个性化情绪评估: 入院3d内, 由心理治疗师采用HAMA、HAMD量表及半结构化访谈, 明确患者负面情绪根源(如术后患者担心功能无法恢复, 慢性病患者顾虑医疗成本), 建立情绪档案。(2) 分层认知干预: 每周2次一对一认知疏导, 针对“灾难化认知”(如“残疾就会拖累家人”)采用合理情绪疗法, 引导患者识别非理性信念并替换为理性认知; 针对“无助感”采用成功案例分享(如同类患者康复经历视频), 强化“康复可控性”认知; 采用正念冥想训练(每日15min), 通过呼吸调节帮助患者缓解即时焦虑情绪。2. 多维度社会支持构建: (1) 家庭支

持激活：每月组织1次家庭沟通会，指导家属采用“鼓励式沟通”替代“催促式监督”，如用“今天训练比昨天顺利”替代“怎么又没完成训练”；协助制定家庭支持任务（如家属参与部分康复训练辅助工作），增强患者归属感。（2）同伴支持建立：将实验组患者按疾病类型分组（每组6-8人），每周开展1次同伴互助活动，包括康复经验交流、情绪分享会，鼓励患者互相鼓励、监督；推选康复进展较好的患者担任“小组组长”，发挥榜样示范作用。（3）专业支持保障：建立“医师-护士-心理治疗师”联合随访机制，每日联合查房，动态评估患者情绪变化，及时调整干预方案；开通24h情绪支持热线，方便患者随时寻求帮助。3. 阶段性行为激励强化：（1）目标分解与反馈：将整体康复目标分解为每日小目标（如“今日独立完成5次肢体抬高”），每日训练结束后，由康复护士与患者共同复盘目标完成情况，用“康复进度表”可视化呈现进步（如贴星标、画进度条）。（2）多元激励机制：短期激励（每日完成目标给予即时奖励，如康复书籍、定制纪念徽章）；中期激励（每2周评选“康复之星”，给予康复器械辅助奖励）；长期激励（康复周期结束时，对依从性高、康复效果好的患者给予康复课程代金券）。（3）负性强化规避：当患者出现依从性下降时，避免批评指责，而

是共同分析原因（如情绪波动、训练难度过大），调整训练方案或加强情绪干预，维持患者康复信心。4. 干预质量管控：成立干预质量小组，每周抽查情绪支持措施落实情况，通过患者情绪评分、访谈反馈评估干预效果，及时优化认知疏导内容与激励方式，确保干预的针对性与有效性。

1.3 观察指标

1. 情绪状态：干预4周后采用HAMA、HAMD量表评估，得分越低情绪状态越好。2. 治疗依从性：采用自制依从性量表（Cronbach's $\alpha=0.90$ ），从训练完成率、用药规律性等5维度评分， ≥ 85 分为完全依从，60-84分为部分依从， < 60 分为不依从。3. 康复效果：干预4周后采用功能独立性评定量表（FIM）评估，得分越高康复效果越好。

1.4 研究计数统计

采用SPSS 26.0分析，计量资料（HAMA评分、HAMD评分、FIM评分）以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间比较采用t检验；计数资料（治疗依从率）以[n（%）]表示，组间比较采用 χ^2 检验。P < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组情绪状态比较

表1 两组干预后HAMA及HAMD评分对比

指标	对照组 (n=42)	实验组 (n=42)	t 值	P 值
HAMA 评分 (分, $\bar{x} \pm s$)	45.62 \pm 5.89	32.15 \pm 4.36	12.358	<0.001
HAMD 评分 (分, $\bar{x} \pm s$)	44.93 \pm 5.64	31.82 \pm 4.17	11.926	<0.001

由表1可知，干预后实验组HAMA、HAMD评分分别为（32.15 \pm 4.36）分、（31.82 \pm 4.17）分，均显著低于对照组的（45.62 \pm 5.89）分、（44.93 \pm 5.64）分，

经t检验，（t=12.358、11.926，P均 < 0.001 ）。

2.2 两组治疗依从性比较

表2 两组治疗依从性对比

指标	对照组 (n=42)	实验组 (n=42)	χ^2 值	P 值
完全依从[n（%）]	15（35.71）	26（61.90）	7.126	0.008
部分依从[n（%）]	16（38.10）	14（33.34）		
依从率[n（%）]	31（73.81）	40（95.24）		

由表2可见，实验组治疗依从率为95.24%，显著高于对照组的73.81%，（ $\chi^2=7.126$ ，P=0.008 < 0.05 ）。

2.3 两组康复效果比较

表3 两组干预后FIM评分对比

指标	对照组 (n=42)	实验组 (n=42)	t 值	P 值
FIM 评分 (分, $\bar{x} \pm s$)	76.18 \pm 6.35	89.36 \pm 5.24	10.573	<0.001

由表3可知，干预后实验组FIM评分为（89.36 \pm 5.24）分，显著高于对照组的（76.18 \pm 6.35）分，（t=10.573，P < 0.001 ）。

3 讨论

本研究构建的“认知疏导-社会支持-行为激励”三维情绪支持体系，通过精准定位情绪与依从性的关联节

点,实现了从“情绪干预”到“依从性提升”再到“康复增效”的链式突破,其临床价值的背后,是对康复心理学理论的创新性实践。

负面情绪的显著改善,是三维体系“根源靶向干预”的直接成果。对照组干预后仍维持较高的焦虑抑郁评分,暴露了传统“安慰式疏导”的局限性——仅缓解表面情绪波动,未触及“认知偏差”这一核心根源,导致情绪问题反复出现。实验组通过认知重构干预,从“思维层面”破解情绪困境:针对术后患者“功能恢复不可控”的灾难化认知,采用合理情绪疗法拆解非理性信念,用“每日进步可累积”的理性认知替代“一次失败即全盘否定”的极端思维;正念冥想训练则通过生理层面的呼吸调节,快速降低交感神经兴奋性,缓解即时焦虑,形成“认知重构+即时缓解”的双重情绪调控机制。同时,多维度社会支持的构建,为患者提供了稳定的情绪“缓冲垫”——家庭支持的激活让患者感受到“不是独自战斗”,同伴支持则通过“同病相怜”的情感共鸣,减少孤独感与疏离感,这种“内外联动”的情绪支持网络,显著优于单一的专业疏导^[2]。

治疗依从性的大幅提升,是情绪改善与行为激励协同作用的必然结果。心理学研究证实,情绪状态与行为动机呈正相关,焦虑抑郁情绪会通过降低自我效能感,抑制康复行为的执行。对照组73.81%的依从率,反映出“情绪障碍-动机不足-行为逃避”的恶性循环——患者因担心康复无果而逃避训练,训练缺失又导致康复进展缓慢,进一步加重负面情绪。实验组则通过情绪支持打破这一循环:认知疏导提升了患者的“康复自我效能感”,使其相信“坚持训练即可改善”,为依从行为提供内在动机;阶段性行为激励则通过目标分解与即时反馈,将“长期模糊的康复目标”转化为“每日可达成的小任务”,如“独立完成5次肢体抬高”的目标,让患者清晰感知进步,强化依从行为的正性反馈;多元激励机制(如康复徽章、代金券)则从外在强化依从行为,形成“内在动机+外在激励”的双重驱动。尤为重要的是,体系中“负性强化规避”原则,避免了因批评指责导致的情绪抵触,维持了患者的康复信心,这是依从性持续提升的关键保障^[3]。

康复效果的显著提升,是“情绪-依从性-功能恢复”链式反应的最终体现。FIM评分的差异表明,单纯的康

复训练方案无法充分发挥效果,需以良好的情绪状态与高依从性为前提。对照组因依从性不足,部分患者未完成每日训练量,导致康复进展滞后;实验组则因情绪改善与高依从性,确保了康复训练的“足量、规律”执行,如术后康复患者通过坚持肢体功能训练,关节活动度显著提升,慢性病患者通过规律用药与运动训练,代谢指标改善明显。这一结果印证了“身心协同康复”的核心理念——心理状态的优化为生理功能恢复提供了良好基础,而生理功能的改善又会进一步提升心理愉悦感,形成“康复进展-情绪改善-依从性提升”的良性循环,推动康复效果螺旋式上升^[4]。

4 结论

本研究证实,“认知疏导-社会支持-行为激励”三维情绪支持体系可有效改善康复患者的焦虑、抑郁情绪,显著提升治疗依从性,进而促进功能恢复,提升康复效果,其临床价值优于常规康复管理模式。该体系通过精准定位情绪根源实施认知重构,依托家庭、同伴、专业力量构建社会支持网络,结合目标分解与多元激励强化依从行为,形成了“情绪改善-依从性提升-康复增效”的良性循环。在康复医疗临床实践中推广该体系,可打破“情绪障碍-康复滞后”的恶性循环,推动康复医疗从“生理修复”向“身心协同”转型,提升患者康复结局与生活质量,为康复患者的管理提供科学高效的解决方案,具有重要的临床应用与推广价值。

参考文献

- [1]冀姗姗.情绪支持对住院患儿治疗依从性的影响分析[C]//关爱生命大讲堂之生命关怀与智慧康养系列学术研讨会论文集(上)——临床心理关怀与医院人文建设的融合专题.2025.
- [2]徐柯柯,曲雨轩.人文关怀护理对精神分裂症患者负性情绪,自我认知及治疗依从性的影响[J].护理实践与研究,2023,20(19):2893-2898.
- [3]燕晓楠,刘婷,王雪娇.优质护理干预对冠心病伴情绪障碍患者的影响[J].中国冶金工业医学杂志,2024,41(1):101-102.
- [4]宋艳伟,龚娥,吴小飞.整合式心理护理对精神分裂症患者负性情绪,认知功能及遵医行为的影响[J].心理月刊,2024(6):82-84.