

caregivers of terminally ill patients: a nationwide population-based cohort study[J]. Support Care Cancer, 2016, 24(7): 3057-3067.

[6] Ho A, Car J, Ho M R, et al. A novel Family Dignity Intervention (FDI) for enhancing and informing holistic palliative care in Asia: study protocol for a randomized controlled trial[J]. Trials, 2017, 18(1): 587.

[7] Zarit S H, Orr N K, Zarit J M. The hidden victims of Alzheimer's disease: families under stress [M]. New York: New York University Press, 1985: 115-121.

[8] 董璐, 胡雁, 徐国会, 等. 中文版创伤后成长量表应用于乳腺癌患者的信效度分析[J]. 护理学杂志, 2013, 28(22): 21-23.

[9] 王姗姗, 薛小玲, 杨小芳, 等. 中文版家属照顾者照顾能力量表在急性心肌梗死患者家属中的信效度研究[J]. 中华现代护理杂志, 2015, 21(6): 645-648.

[10] 焦杰. 晚期癌症患者主要照顾者创伤后成长与心理弹性社会支持的相关性研究[J]. 护士进修杂志, 2020, 35(2): 149-152.

[11] 姚蒂, 王一, 陈飞, 等. 照顾负荷水平对脑梗塞病人主要照顾者创伤后成长水平的影响[J]. 安徽医药, 2020, 24(1): 124-127.

[12] Ye M, Du K, Zhou J, et al. A meta-analysis of the efficacy of cognitive behavior therapy on quality of life and psychological health of breast cancer survivors and patients [J]. Psychooncology, 2018, 27(7): 1695-1703.

[13] Lee H, Lim Y, Yoo M S, et al. Effects of a nurse-led cognitive behavior therapy on fatigue and quality of life of patients with breast cancer undergoing radiotherapy: an exploratory study[J]. Cancer Nurs, 2011, 34(6): 22-30.

[14] 陈丹, 宁晓东, 潘慧, 等. 家庭尊严干预在老年轻度认知障碍患者主要照顾者中的应用[J]. 中华护理杂志, 2019, 54(4): 543-548.

(本文编辑 吴红艳)

糖尿病视网膜病变行玻璃体切割术患者的 焦点解决短程治疗干预

林婉婷¹, 方育梅², 鲁才红³, 洪欢¹, 刘乔容¹

摘要:目的 探讨焦点解决短程治疗用于糖尿病视网膜病变行玻璃体切割术患者的护理干预效果。方法 将 96 例拟行玻璃体切割术治疗的糖尿病视网膜病变患者随机分为对照组与观察组各 48 例。对照组给予眼科常规护理及心理护理, 观察组在对照组基础上实施焦点解决短程治疗心理干预。采用焦虑自评量表、抑郁自评量表、视功能损害眼病患者生活质量量表及自制护理满意度量表对两组患者进行效果评价。结果 干预后观察组焦虑、抑郁评分显著低于对照组, 生活质量及护理满意度显著高于对照组(均 $P < 0.01$)。结论 焦点解决短程治疗可改善糖尿病视网膜病变行玻璃体切割术患者负性情绪, 提高其生活质量及护理满意度。
关键词: 糖尿病视网膜病变; 玻璃体切割术; 焦点解决短程治疗; 焦虑; 抑郁; 生活质量; 护理满意度
中图分类号: R473.77; R395.5 **文献标识码:** A **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2021.22.073

Effect of short-term solution-focused brief therapy in patients with diabetic retinopathy undergoing vitrectomy Lin Wanting, Fang Yumei, Lu Caihong, Hong Huan, Liu Qiaorong. Department of Ophthalmology, Union Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430022, China

Abstract: **Objective** To explore the effect of short-term solution-focused brief therapy in patients with diabetic retinopathy undergoing vitrectomy. **Methods** Ninety-six patients undergoing vitrectomy for diabetic retinopathy were randomized into two groups, with 48 cases in each group. The control group was given routine ophthalmic care and psychological nursing, while their counterparts in the intervention group additionally received short-term solution-focused brief therapy. The Zung Self-rating Anxiety Scale (SAS), Zung Self-rating Depression Scale (SDS), Scale of Quality of Life in Patients with Visual Impairment and self-designed patient satisfaction with nursing care questionnaire were utilized to evaluate the effect of the two groups. **Results** The intervention group had lower SAS score and SDS score, but higher quality of life and patient satisfaction with nursing care compared with the control group ($P < 0.01$ for all). **Conclusion** Short-term solution-focused brief therapy can alleviate negative emotions of patients undergoing vitrectomy for diabetic retinopathy, enhance their quality of life and satisfaction with nursing care.

Key words: diabetic retinopathy; vitrectomy; short-term solution-focused brief therapy; anxiety; depression; quality of life; nursing satisfaction

作者单位: 华中科技大学同济医学院附属协和医院 1. 眼科 2. 外联部 3. 护理部(湖北 武汉, 430022)
林婉婷: 女, 本科, 主管护师, 护士长
通信作者: 方育梅, 5784101173@qq.com
科研项目: 湖北省技术创新专项项目(2019ADC074)
收稿: 2021-05-10; 修回: 2021-07-19

糖尿病视网膜病变(Diabetic Retinopathy, DR)是糖尿病患者最为常见的眼部微血管并发症, 其综合患病率达 50% 以上^[1]。DR 病情呈进行性发展, 导致不可逆性视力损害, 在世界范围内已成为主要的致盲性眼病之一^[2]。随着病情进展, DR 晚期患者出现新生血管、玻璃体积血和牵拉性视网膜脱离导致视功能

缺损或丧失,玻璃体切割术是有效治疗方案。由于该病存在病程长、治疗时间长、手术复杂、术后体位特殊、患者知识缺乏及预后未知性等特点,临床治疗中患者普遍存在不同程度的焦虑、抑郁等负性情绪,同时由于视功能受损而使自理能力下降严重影响其生活质量^[3-4]。焦点解决短程治疗(Solution Focused Brief Therapy, SFBT)是以解决问题为导向的心理干预模式^[5],包括问题描述、目标构建、探索例外、给予反馈、评估进步 5 个阶段。充分尊重个体,关注积极正向面,引导发掘自身的能力和优势,重塑自尊与自信^[6]。本研究将 SFBT 应用于 DR 行玻璃体切割术患者的临床护理中,取得较满意的效果,报告如下。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	文化程度(例)			视力(例)		糖尿病病程 (年, $\bar{x} \pm s$)	DR 病程 (月, $\bar{x} \pm s$)
		男	女		小学以下	初中	高中以上	≥ 0.5	< 0.5		
对照组	48	23	25	43.11 $\pm$ 7.92	10	25	13	7	41	18.15 $\pm$ 5.23	5.58 $\pm$ 2.51
观察组	48	28	20	45.72 $\pm$ 8.31	8	28	12	9	39	16.21 $\pm$ 6.16	4.85 $\pm$ 2.32
统计量		$\chi^2=1.046$		$t=1.575$	$Z=-0.130$			$\chi^2=0.300$		$t=1.663$	$t=1.480$
P		0.306		0.119	0.896			0.584		0.100	0.142

1.2 方法

1.2.1 干预方法

两组均行 DR 玻璃体切割术常规护理及健康指导,以健康讲座、发放宣传手册等形式提高患者的知识水平。在心理护理方面,对照组通过关怀式沟通鼓励患者面对疾病,降低负性情绪。观察组实施 SFBT 心理干预。具体如下。

1.2.1.1 成立焦点心理小组 组织本科室临床经验 ≥ 5 年、具备深厚专业知识、正向思维及良好沟通能力的 7 名护理人员成立焦点心理小组。其中国家二级心理咨询师 1 名,负责干预计划制订及考核;主管护师 4 名,负责 SFBT 心理干预;2 名护师负责病例筛查及数据整理。邀请 1 名心理科临床经验 >15 年的国家一级心理咨询师对焦点解决短程治疗的理念及技术,量表的正确测评方法等进行系统讲解,共 6 个学时,所有成员参与培训并通过考核。

1.2.1.2 实施心理干预 根据患者需求选择合适的时间进行“一对一”心理干预,干预地点选择保护患者隐私的独立房间,干预时间为患者入院,术前 1 d,术后 1、3、5、7 d 及出院前 1 d,每次 30~40 min,共 7 次。干预内容分 5 个阶段。①问题描述:入院当天收集患者信息资料,引导患者表达内心想法及需求,帮助明确所存在的问题。如“您觉得糖尿病视网膜病变给您最大的影响是什么?”“让您现在最担心的问题是什么?”将所描述的问题正常化,让患者认为目前是这个阶段常见的暂时性困难,从而帮助患者跳出问题本身,转从积极的角度看待。如“您血糖一直控制不好,现在视力又受到影响,处于目前这种情况,很多患者都会有您的这种感受和担忧。”引导患者回忆既往为

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2020 年 2~8 月拟接受玻璃体切割手术治疗的 DR 患者 96 例。纳入标准:①符合 2002 年美国眼科学会制定的 DR 国际临床分期标准^[7]中有关糖尿病视网膜膜病变诊断标准;②择日施行玻璃体切割手术治疗;③有相关手术治疗适应证;④无言语交流障碍,无认知异常;⑤了解本次研究并签订知情同意书。排除标准:①合并严重心、肝、肾等重要脏器功能障碍;②既往有精神障碍性疾病。将患者按随机数字表法分为观察组和对照组各 48 例,两组一般资料比较,见表 1。

解决问题采取了什么办法,如“您是通过什么方式控制血糖的呢?”对患者积极的行为给予肯定以增强信心,树立战胜疾病的勇气。②目标构建:在尊重、关怀的态度下正向引导患者,采用“奇迹询问”等方式引导患者想象问题已经解决时的情景,帮助患者超越当前问题的困扰,构建对未来充满无限可能的思维空间。如“假设有一天您一觉醒来,血糖恢复正常,眼睛也能看清美丽的风景,您会怎样?”患者的回答即是干预所要达到的目标。结合患者自身思维方式,共同制订各阶段切实可行的目标,并细化达成目标的步骤。如术前制订目标“术后如何做到每日有效面向下特殊体位 20 h 以上?”使用眼球模型向患者讲解特殊体位的原因,讨论面向下特殊体位期间可能会遇到的困难及多种应对方案。③探索例外:明确目标后,采用“例外询问”引导患者回忆这类问题是否有过“例外”的情况,当时的“例外”是如何发生的,从而引出解决办法。DR 患者病程长、血糖控制不佳、视力下降导致患者丧失治疗信心,对未来生活担忧。在患者的叙述中找到“例外”的可能并探讨如何利用“例外”的经验用于解决所明确的问题。如“您过去应对血糖控制不好的成功经验是什么?”“何时焦虑会少一点?”帮助患者意识到困境并非一成不变,认知小问题改变的价值。④给予反馈:与患者共同制作“10 分制目标进度卡”,采用刻度化提问评估患者的现有状态与期望状态。如“如果您刚讲的这个最好的状况我们可以评 10 分,最差的情况评 0 分,那您觉得现在的状况可以评几分?”根据患者回答在相应的刻度进行标记,帮助患者意识到已经发生的改变或者下一步准备发生的改变,对患者所付出的努力,适时使用赞美技术给予正向反馈。如

“您能坚持有效面向下特殊体位 21 h,真不简单!”及时的赞许和肯定有助于患者获得行为改变的信心,使患者愿意为维护自己的健康作出进一步的努力,进而有利于健康目标的达成。当目标未完成时,则重新调整制定。⑤评估进步:继续采用刻度化提问技术,与患者共同对干预后的总体效果进行评价与总结,从中比较出不一样的变化,继而引导患者思考达到下一个刻度还需做出哪些努力,并提出新问题,构建新目标。以上 5 阶段根据实际情况灵活应用,不断循环。

1.2.2 评价方法 ①焦虑和抑郁。采用 Zung 焦虑自评量表(Self-Rating Anxiety Scale,SAS)及 Zung 抑郁自评量表(Self-Rating Depression Scale,SDS)^[8]评估患者的心理状态。SAS、SDS 均为 20 个条目,采用 4 级评分法,每个条目按 1~4 分计分,各条目相加为总分,乘以 1.25 取整数得标准分,分数越高焦虑、抑郁越严重。②生活质量。采用视功能损害眼病患者生活质量量表^[9]进行评估。由症状与视功能(8 个条目)、身体机能(4 个条目)、社会活动(4 个条目)和精神心理(4 个条目)4 个维度共 20 个条目组成。采用 11 级评分法,每个条目按 0~10 分计分,其中除条目 5~10、17 按患者选择得分外,其余条目得分为 10 分减患者选择的得分。各个维度得分相加为总分,分值越高表明生活质量越高。上述量表于干预前和干

预 4 周后患者复查时,由患者自行填写或研究者现场询问代为填写。③护理满意度。出院前 1 d 采用研究者设计的住院患者满意度评价表对护理工作满意度进行评价。包含病区环境介绍、护士服务态度、主动服务意识、护士工作能力、检查用药告知、疾病知识宣教、健康知识指导、患者隐私保护、患者心理支持、倾听关爱患者 10 项内容,每项满分 10 分。分为非常满意(95~100 分)、满意(85~94 分)、一般(70~84 分)、不满意(60~69 分)、非常不满意(<59 分)。

1.2.3 统计学方法 采用 SPSS19.0 软件分析,组间比较采用 *t* 检验、 χ^2 检验及秩和检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组干预前后焦虑抑郁评分比较 见表 2。

表 2 两组干预前后焦虑抑郁评分比较

		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
对照组	48	66.31±5.75	58.94±5.23	64.68±6.17	56.72±5.13
观察组	48	66.85±6.22	41.13±4.52	65.42±5.41	41.37±3.24
<i>t</i>		0.427	17.850	0.625	17.527
<i>P</i>		0.671	0.000	0.534	0.000

2.2 两组干预前后生活质量评分比较 见表 3。

表 3 两组干预前后生活质量评分比较

		分, $\bar{x}\pm s$									
组别	例数	症状与视功能		身体机能		社会活动		精神心理		生活质量总分	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	48	31.03±3.15	34.45±3.24	26.03±3.15	27.97±4.08	22.72±2.67	25.72±2.19	20.48±2.74	24.14±3.33	100.26±2.39	113.28±2.94
观察组	48	31.14±3.57	38.82±2.25	26.24±3.57	32.03±3.87	22.12±2.18	36.98±2.62	21.01±2.88	31.82±3.82	100.51±2.46	139.65±3.58
<i>t</i>		0.160	7.675	0.088	5.002	1.206	22.845	0.924	10.500	0.505	39.438
<i>P</i>		0.873	0.000	0.377	0.000	0.231	0.000	0.358	0.000	0.615	0.000

2.3 两组护理满意度比较 见表 4。

表 4 两组护理满意度比较 例(%)

组别	例数	非常满意	满意	一般
对照组	48	28(58.33)	6(12.50)	14(29.17)
观察组	48	39(81.25)	7(14.58)	2(4.17)

注:两组比较, $Z=-2.784,P=0.005$ 。

3 讨论

DR 是糖代谢异常造成的眼部严重并发症,与糖尿病神经病变和糖尿病肾病并称为糖尿病三大微血管并发症^[10-11]。由于病程漫长、病情复杂、长期用药等因素,DR 患者往往对未来的生活失去信心,视力下降导致生活自理能力降低,影响正常的生活和工作,社交范围随之减少,生活质量明显下降^[12-13]。随着病程延长及病情加重,患者视功能受到进一步损害甚至丧失。玻璃体切除术是重要治疗手段。手术治疗虽可改善或保留患者部分视力,延缓病情进展^[14-15],视功能损害仍难以逆转加之术后因特殊体位导致舒适度的改变,使患者负性情绪更为明显,严重影响生活质量。刘永玲等^[16]研究表明视网膜病变与糖尿病病程呈正相关,病

情越重负性情绪越严重,而负性情绪又会影响患者的治疗依从性、血糖的控制及手术的顺利开展,从而加重疾病,影响疗效降低生活质量,形成恶性循环,对患者身心健康造成严重影响。

3.1 SFBT 心理护理可有效改善 DR 行玻璃体切割术患者负性情绪 国内护理干预多建立在传统的问题解决模式上,以“问题导向”的思维方式寻找“问题原因”为核心的线性、分析式的逻辑推理过程,侧重对疾病的诊断和治疗,护理行为大多是单方面被动应对疾病,患者表现过于被动,缺乏与疾病抗争的能力^[17]。当问题产生的原因被看得过重,患者也会因为一味地寻找问题发生的根源而忽略对那些有利事情的发现,由于问题通常无法完全解决,从而出现消极、悲观的情绪,无法使患者真正感受到幸福,提高生活质量^[18]。SFBT 是在积极心理学背景下提出的一种“解决向导”思维方式。因其周期短、疗效显著、关注优势的治疗取向,符合社会发展需求,较传统心理治疗更具有现实积极的意义^[19]。本研究结果显示,经 SFBT 干预后,观察组 SAS、SDS 评分显著低于对照组(均 $P<0.01$),

可能与 SFBT 的核心理念“聚焦未来、目标导向”,关注个体力量、优势和能力相关。DR 患者承受糖尿病及视功能损害的双重压力,极易产生焦虑、恐惧、消极等负性情绪,同时术后常需“面向下”特殊体位 2~3 个月,给患者的生理及心理均造成严重困扰。SFBT 干预过程中患者拥有运用及改变的权利,充分体现对患者的尊重。通过问题描述与正常化的方式使患者意识到目前的困境并非绝境,以奇迹询问等方式引导患者对未来问题解决后的憧憬,进一步激发想要改变的意愿,帮助患者脱离过去消极状态,跳出问题困扰,进而以关注未来的积极思维模式构建当前可行目标。经过目标分解细化与探索例外,帮助患者增强疾病认知,充分调动患者的自主能动性,对可能遇到的困难提出多种应对方案,使其发觉自身拥有解决问题的能力 and 资源^[20]。反馈和评估采用刻度化方式可有效增强患者的积极体验与动力,继续朝向目标前进。在整个干预过程中患者不断感受通过自身努力获得进步和改变的喜悦,从“被动接收”转为“主动改变”模式,即便目标暂未达成,患者对自身的能力和资源仍充满信心,提升拥有健康的能力和信心,降低负性情绪。

3.2 SFBT 心理护理可提高患者生活质量及护理满意度 本研究结果显示,DR 行玻璃体切割术患者生活质量状态不理想,且身体机能、社会活动、精神心理相对较低,与 Mazhar 等^[21]研究结果基本一致。经 SFBT 干预后,观察组生活质量各维度评分及总分显著高于对照组(均 $P < 0.01$),护理满意度显著优于对照组($P < 0.01$),表明 SFBT 心理护理有利于提高患者的生活质量及对护理工作的满意度。可能与 SFBT 引导患者回忆过去发生的“例外”,从自身的成功经验中提取造就成功的方法与策略,获得积极体验及对自身资源能力的肯定,将“例外”成功经验用于目前明确的问题,当“例外”的经验引发更多新的“例外”时,增强患者改变现状的意愿与决心,主动配合治疗,改变生活方式及饮食结构,血糖控制平稳,从而提升生活质量,通过“10 分值目标进度表”刻度化评估患者进步,使患者更容易获得成功体验,向下一个目标努力。同时良好的沟通使患者感受关心、尊重,增进对医护人员的信任度,提升护理满意度,改善患者的就医体验。

4 小结

采用 SFBT 对 DR 行玻璃体切割术患者进行临床干预,有利于改善患者负性情绪、提高患者生活质量及对护理服务的满意度。本研究未对研究对象进行追踪调查,该干预方案的远期影响效果尚需进一步探索。

参考文献:

- [1] 尹妮,赵帅,朱红娜. 康柏西普预处理联合玻璃体切割术治疗增生性糖尿病视网膜病变[J]. 眼科新进展,2017,37(8):770-772.
- [2] 陈艳丽,唐文,纪淑兴,等. 糖尿病视网膜病变患者的生活质量及其影响因素[J]. 国际眼科杂志,2018,18(7):1284-

1286.

- [3] 陈芳妮,于健,杨娟,等. 糖尿病视网膜病变患者生存质量现状及其影响因素分析[J]. 国际护理学杂志,2018,37(2):187-189.
- [4] 吴琪,刘豪杰,周明. 糖尿病视网膜病变患者行玻璃体切割术围术期焦虑、抑郁及影响因素[J]. 糖尿病新世界,2018,21(13):180-181.
- [5] Gingerich W J, Eisengar S. Solution-focused brief therapy: a review of the outcome research[J]. Fam Process, 2000,39(4):477-498.
- [6] 武海燕,赵立新,夏月,等. 焦点解决短期治疗模式的研究进展[J]. 护理管理杂志,2012,12(5):349-351.
- [7] Early Treatment Diabetic Retinopathy Study Research Group. Classification of diabetic retinopathy from fluorescein angiograms. ETDRS report number 11[J]. Ophthalmology, 1991,98(5 Suppl):807-822.
- [8] 汪向东,王希林,马弘. 心理卫生评定量表手册[M]. 增订版. 北京:中国心理卫生杂志社,1999:160-161,202-203.
- [9] 于强,李绍珍,陈和年,等. 视功能损害眼病患者生存质量量表的研究[J]. 中华眼科杂志,1997,33(4):307-310.
- [10] 郭龙,黄昭昭. 糖尿病视网膜病变患者 PRP 术后预后的相关影响因素[J]. 国际眼科杂志,2019,19(7):1225-1227.
- [11] Antonetti D A, Klein R, Gardner T W. Diabetic retinopathy[J]. N Engl J Med, 2012,366(13):1227-1239.
- [12] 郭玉清. 心理护理干预对糖尿病视网膜病变患者生活质量的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2013,22(5):547-548.
- [13] Alinia C, Mohammadi S F, Lashay A, et al. Impact of diabetic retinopathy on health-related quality of life in Iranian diabetics[J]. Iran J Public Health, 2017,46(1):55-65.
- [14] 刘敬花,李松峰,卢海. 23G 微创玻璃体切割术在增生性糖尿病视网膜病变治疗中的应用[J]. 眼科新进展,2012,32(11):1067-1073.
- [15] 杨琼,魏文斌. 玻璃体手术治疗严重增生性糖尿病视网膜病变合并视网膜脱离的效果[J]. 眼科,2011,20(2):106-108.
- [16] 刘永玲,高建,杨新宇,等. 围手术期糖尿病视网膜病变患者的心理状态及其影响因素分析[J]. 中华疾病控制杂志,2018,22(7):717-720.
- [17] McCabe C. Nurse patient communication: an exploration of patients' experiences[J]. J Clin Nurs, 2004,13(1):41-49.
- [18] 吴远,马晓瑾. 焦点解决护理的特点、技术及应用研究进展[J]. 现代预防医学,2014,41(2):373-375.
- [19] 张辉,孙红. 焦点解决短期心理咨询技术在老年心理咨询中的运用[J]. 中国全科医学,2010,13(11):1239-1241.
- [20] 朱冬倩,方香廷. 焦点解决短期治疗模式的后现代性反思[J]. 医学与哲学,2019,40(20):53-58.
- [21] Mazhar K, Varma R, Choudhury F, et al. Severity of diabetic retinopathy and health-related quality of life: the Los Angeles Latino Eye Study[J]. Ophthalmology, 2011,118(4):649-655.

(本文编辑 吴红艳)