

- [J].重庆医学, 2021,50(24):4287-4291.
- [13]李正斌, 刘菲, 杨群, 等. 重度上睑下垂的治疗方案[J].中华整形外科杂志, 2018,34(10):833-836.
- [14]王振军, 刘柳, 王恒. 联合筋膜鞘悬吊术治疗提上睑肌缩短术后复发重度上睑下垂[J].中华整形外科杂志, 2019,35(4):402-406.
- [15]姜雪媛, 王晓凤, 汪灵燕. 针对性系统护理对上睑下垂手术患者术后效果及外观满意度的影响[J].中国美容医学, 2023,32(2):175-178.
- [16]张超, 刘春平. 眼部整形美容手术患者心理疏导中的沟通艺术探

讨[J].中国美容医学,2020,29(1):137-140.

- [17]尹利, 贺美玲, 张松, 等. 情绪调节护理对急诊意外伤害患者心理危机的干预效果[J].中国医刊, 2022,57(9):991-994.

[收稿日期]2023-08-04

本文引用格式: 荣姝, 黄晓云, 施琦乐. 基于案例分析的危机干预对上睑下垂矫正术患者心理状态和满意度的影响[J].中国美容医学, 2024,33(12):84-88.

以问题为指导的认知-行为干预在上睑下垂矫正术患者围手术期护理中的应用

钱肖楠, 贵凌燕, 黄晓云

(江苏省人民医院眼科 江苏南京 210029)

[摘要]目的: 探究以问题为指导的认知-行为干预在上睑下垂矫正术患者围手术期护理中的应用效果。方法: 回顾性选取2021年1月-2023年3月于笔者医院行上睑下垂矫正术的100例患者作为研究对象, 根据护理干预方法的不同分为对照组(50例, 常规护理干预)和观察组(50例, 以问题为指导的认知-行为干预)。比较两组心理状况[焦虑自评量表(Self-rating anxiety scale, SAS)、抑郁自评量表(Self-rating depression scale, SDS)]、应对方式[医学应对问卷(Medical coping modes questionnaire, MCMQ)]、健康行为[健康促进生活方式量表(Health promoting lifestyle profile-II, HPLP-II)]、用药依从性[Morisky用药依从性量表(Morisky medication adherence scale, MMAS-8)]及生活质量[WHO生存质量测定量表(WHO quality of life-brief, WHOQOL-BREF)]。结果: 干预3个月后, 观察组SAS、SDS评分低于对照组, MCMQ中屈服、回避维度评分低于对照组, 面对维度评分高于对照组, HPLP-II各维度评分均高于对照组, 生活质量评分优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。干预后, 观察组MMAS-8评分高于对照组($P < 0.05$)。结论: 以问题为指导的认知-行为干预可有效改善上睑下垂矫正术患者心理状态、应对能力和健康行为, 提高患者用药依从性和生活质量。

[关键词]上睑下垂; 矫正; 认知-行为干预; 围手术期; 护理

[中图分类号]R473.77 [文献标志码]A [文章编号]1008-6455(2024)12-0088-05

Application of Problem-guided Cognitive-behavioral Intervention in Perioperative Nursing of Patients Undergoing Ptosis Correction

QIAN Xiaonan, BEN Lingyan, HUANG Xiaoyun

(Department of Ophthalmology, Jiangsu Provincial People's Hospital, Nanjing 210029, Jiangsu, China)

Abstract: Objective To explore the application effect of problem-guided cognitive-behavioral intervention in perioperative nursing of patients undergoing ptosis correction. **Methods** A total of 100 patients undergoing ptosis correction in the hospital were retrospectively enrolled as the research objects between January 2021 and March 2023. According to different perioperative intervention methods, they were divided into control group (50 cases, routine nursing) and observation group (50 cases, problem-guided cognitive-behavioral intervention). Psychological status [self-rating anxiety scale (SAS), self-rating depression scale (SDS)], [medical coping modes questionnaire (MCMQ)], health behavior [health promoting lifestyle profile-II (HPLP-II)], medication adherence [morisky medication adherence scale (MMAS-8)], quality of life [WHO quality of life-brief (WHOQOL-BREF)] were compared between the two groups. **Results** After 3 months of intervention, the SAS and SDS scores of the observation group were lower than those of the control group, the yield and avoidance dimension scores of MCMQ were

通信作者: 黄晓云, 副主任护师; 研究方向为眼科护理。E-mail: 570288946@qq.com

第一作者: 钱肖楠, 护师; 研究方向为眼科护理。E-mail: 18260057275@163.com

lower than those of the control group, the face dimension score was higher than that of the control group, the dimension scores of HPLP-II were higher than those of the control group, and the quality of life score was better than that of the control group, and the differences were statistically significant ($P < 0.05$). After intervention, the MMAS-8 score of the observation group was higher than that of the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Problem-guided cognitive-behavioral intervention can effectively improve psychological state and coping ability of patients after ptosis correction, improve health behaviors, medication compliance, and quality of life.

Keywords: ptosis; correction; cognitive-behavioral intervention; perioperative; nursing

上睑下垂是临床常见的眼部疾病,其发生在各个年龄段。相关研究指出,上睑下垂主要与皮肤松弛、肌肉萎缩导致上睑提肌功能丧失有关,其可使患者瞳孔被遮盖,进而影响视力^[1]。上睑下垂矫正术是目前治疗此类疾病的有效方法,其通过手术改变肌肉附着点,进而提高肌肉对上眼睑的支配能力^[2-3]。但上睑下垂矫正术作为一种影响面部外观的手术,其对患者身体、心理均有一定的影响,且术后对患者护理要求较高^[4-5]。因此,提高围手术期管理对改善患者心理状态,提高患者术后健康行为尤为重要。以问题为指导的认知-行为干预是一种发现问题、解决问题、纠正认知行为的方法,其通过训练患者解决问题的能力,进而达到改变患者行为和心态,培养积极的生活态度,进而促进患者康复的方法。该方法已广泛应用于肺叶切除术、慢性鼻-鼻窦炎手术、下肢骨科手术等的围手术期护理^[6-7],但在上睑下垂矫正术患者围手术期应用中的应用尚未见报道。基于此,本研究主要探究以问题为指导的认知-行为干预在上睑下垂矫正术患者围手术期护理中的应用效果,以期为临床护理该类疾病提供参考,具体如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料:回顾性选取2021年1月-2023年3月于笔者医院行上睑下垂矫正术的100例患者作为研究对象,根据护理干预方法的不同分为对照组(50例,常规护理干预)和观察组(50例,以问题为指导的认知-行为干预)。观察组:年龄25~65岁,平均(48.76±7.09)岁;男21例,女29例;单眼16例,双眼34例;严重程度轻度29例,中度14例,重度7例。对照组:年龄23~63岁,平均(48.03±6.88)岁;男24例,女26例;单眼22例,双眼28例;严重程度轻度28例,中度17例,重度5例。两组患者一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究已通过伦理审核。

1.2 纳入和排除标准

1.2.1 纳入标准:符合上睑下垂诊断标准^[8];患者知情并签署同意书;年龄大于18岁。

1.2.2 排除标准:既往眼睑外伤史或手术史;神经源性眼部疾病;其他可能影响角膜和泪膜的眼部疾病;合并严重心、肺、肾等重要脏器疾病;意识障碍或有精神疾病。

1.3 方法

1.3.1 对照组:在围手术期采用常规护理干预。①患者入组后给予健康教育,内容包括上睑下垂病因、手术方法和术中配合要求等,并强调术后恢复注意事项以及并发症预防的重要性。②向患者介绍以往成功病例,消除患者紧张、恐惧等不良心理。③指导患者术后正确使用滴眼药水及保护术眼的措施,尽量减少手机、电脑等电子产品的使用,防止视疲劳的发生。④给予患者饮食指导,多食用禽肉蛋奶、蔬菜水果,避免辛辣、海鲜类食物的摄入,禁止烟酒摄入。

1.3.2 观察组:采用以问题为指导的认知-行为干预。

1.3.2.1 术前干预:主要分为以下几个步骤。①认知评估:患者入院后进行一对一沟通交流,问询患者基线资料、心理状态及对上睑下垂的认知水平等,并与患者建立良好的护患关系。②纠正认知:患者统一进行纠正认知课程学习,持续45 min,内容包括宣传上睑下垂的病因、治疗方法以及治愈相关案例,告知患者应正确认知的应对策略,训练患者积极应对上睑下垂导致的相关问题,克服视力障碍后需仰首视物的心理障碍,给予患者正确的行为指导,帮助患者熟悉眼部按摩和眼周肌肉功能锻炼的方法,并定期进行眼部护理;了解患者的疲劳状况并帮助患者意识到疲劳状况的背后问题,并将其作为生活中的正常部分;训练患者以正确的心态对上睑下垂,不害怕也不逃避问题,并积极寻找适应上睑下垂手术后视力问题。③问题训练:患者统一进行问题训练课程学习,持续45 min,内容包括引导患者列出上睑下垂手术后面面对的问题,识别问题背后的情感症状(包括焦虑、抑郁、沮丧等),并逐个解决相应问题,重新唤起患者对治愈上睑下垂的信心。引导患者之间进行互帮互助,加深认知和解决问题。④认知行为干预:患者统一进行认知行为干预课程学习,持续45 min,内容包括总结上一节课问题解决的结果,分析优缺点。引导患者列举问题清单,并尝试解决上睑下垂手术后面临的问题。引导患者提出问题解决过程中遇到的困难,并给予指导。让患者总结课程学习,列出课程的重点以及难点,并引导患者互相交流体会,巩固认知。

1.3.2.2 术后护理:主要有以下两个方面。①术眼护理:嘱咐患者进行眼部护理,定时换药及清洁眼部,并查看水肿、渗血及倒睫情况。②并发症预防:术后48 h内给予冰敷,48 h后给予热敷,避免眼部水肿。换药时观察眼部畏

光、流泪等情况，以预防感染。嘱咐患者经常进行眼球运动，以免术眼干燥，避免术眼外力撞击加重角膜损伤。

1.3.2.3 出院后管理：给予患者出院指导，嘱患者注意眼部卫生，健康饮食，以免发生角膜炎。建立微信群，鼓励患者在群内分享日常，并发放眼部护理、饮食控制、运动指导等内容，每周五针对患者提出的问题进行答疑。嘱患者每个月到社区医院获取指导1次，并由社区医院负责人员评估患者心理状况、认知行为、术眼恢复等情况，如有解决不了的问题及时与医院联系，或联系患者回医院复诊。干预3个月后，发放电子问卷收集资料。

1.4 观察指标

1.4.1 心理状况：干预前及干预3个月后，采用焦虑自评量表（SAS）和抑郁自评量表（SDS）^[9-10]进行评估，SAS、SDS均有20个条目，每个条目1~4分，最后所得总分转换为标准分，满分均为100分，SAS标准分的分界值为50分，SDS标准分的分界值为53分，分值超过者提示存在焦虑或抑郁，分值越高，说明患者焦虑或抑郁心理越严重。

1.4.2 应对方式：干预前及干预3个月后，采用医学应对问卷（MCMQ）^[11]进行评定，MCMQ包括面对（8个条目）、回避（7个条目）、屈服（5个条目）3个维度，共计20个条目，采用4级（1~4分）评分，Cronbach's α 为0.850，分值越高则表明该维度倾向越明显。

1.4.3 健康行为：干预前和干预3个月后，采用健康促进生活方式量表（HPLP-II）^[12]进行评估，HPLP-II包括自我实现（9个条目）、人际关系（9个条目）、体育运动（8个条目）、健康职责（9个条目）、营养（9个条目）、压力处理（8个条目）6个维度，采用4级（1~4分）评分，Cronbach's α 为0.941，分值越高则表明健康行为越佳。

1.4.4 用药依从性：采用Morisky用药依从性量表（MMAS-8）^[13]进行评估，总计8个条目，前7个条目采用2级评分（是为0分，否为1分），第8条目为5级评分（从不为1分，偶尔为0.75分，有时为0.5分，经常为0.25分，所有时间为0分），满分为8分，分值越高表示依从性越高。

1.4.5 生活质量于干预前和干预3个月后，采用WHO生存质量测定量表（WHOQOL-BREF）^[14]评估，WHOQOL-BREF包括生理、心理、社会关系和环境支持4个维度，共计26个条目，采用5级评分（1~5分），每个维度得分通过标化转为百分制，Cronbach's α 系数为0.88，分数越高表示生活质量

越高。

1.5 统计学分析：采用SPSS 24.0统计软件分析数据，计数资料以[例（%）]表示，采用 χ^2 检验；符合正态分布的计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示，采用 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组心理状况评分比较：干预3个月后，观察组SAS、SDS评分低于对照组（ $P<0.05$ ），见表1。

| 组别 | 例数 | SAS | | SDS | |
|-------|----|------------------|-------------------|------------------|-------------------|
| | | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 |
| 观察组 | 50 | 53.26 \pm 4.23 | 31.49 \pm 3.52* | 50.46 \pm 3.54 | 32.31 \pm 3.30* |
| 对照组 | 50 | 53.69 \pm 4.67 | 35.10 \pm 3.77* | 50.99 \pm 3.82 | 35.15 \pm 3.66* |
| t 值 | | 0.483 | 4.949 | 0.720 | 4.075 |
| P 值 | | 0.630 | <0.001 | 0.473 | <0.001 |

注：*表示与同组干预前比较， $P<0.05$ 。

2.2 两组应对方式评分比较：干预3个月后，观察组MCMQ中屈服、回避维度评分低于对照组，面对维度评分高于对照组，差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表2。

2.3 两组健康行为评分比较：干预3个月后，观察组HPLP-II各维度评分均高于对照组（ $P<0.05$ ），见表3。

2.4 两组用药依从性比较：干预后，观察组MMAS-8评分为（8.57 \pm 1.78）分，高于对照组的（6.96 \pm 1.62）分（ $t=4.730$ ， $P<0.05$ ）。

2.5 两组生活质量评分比较：干预3个月后，观察组生理、心理、社会关系评分均高于对照组（ $P<0.05$ ），见表4。

3 讨论

上睑下垂可对患者外观、视力产生影响，继而干扰患者日常生活。由于患者认知度有限，对术后能否恢复正常存在不同程度的担忧，可能会导致多数患者治疗配合不高，进而影响术后护理和恢复^[15-16]。因此，在围术期给予有效的干预措施是保证患者术后健康行为以及预后良好的重点以及难点。

有研究指出，护理工作不仅要关注患者疾病控制和治理，还要满足患者的心理需求^[17]。紧张、恐惧、焦虑等不

表2 两组干预前后应对方式评分比较

($\bar{x}\pm s$, 分)

| 组别 | 例数 | 屈服 | | 回避 | | 面对 | |
|-------|----|------------------|-------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|
| | | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 |
| 观察组 | 50 | 12.96 \pm 2.88 | 8.83 \pm 2.03* | 15.15 \pm 2.76 | 11.13 \pm 1.86* | 18.83 \pm 2.15 | 23.84 \pm 3.88* |
| 对照组 | 50 | 12.53 \pm 2.91 | 10.27 \pm 2.44* | 15.62 \pm 2.98 | 12.79 \pm 2.20* | 18.65 \pm 2.09 | 21.50 \pm 3.54* |
| t 值 | | 0.743 | 3.208 | 0.818 | 4.074 | 0.424 | 3.150 |
| P 值 | | 0.459 | 0.002 | 0.415 | <0.001 | 0.672 | 0.002 |

注：*表示与同组干预前比较， $P<0.05$ 。

表3 两组干预前后HPLP-II评分比较 (x̄±s, 分)

| 组别 | 例数 | 自我实现 | | 人际关系 | | 体育运动 | |
|-----|----|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|
| | | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 |
| 观察组 | 50 | 17.56±3.10 | 25.51±4.85* | 16.90±3.22 | 23.13±4.41* | 14.42±1.93 | 18.61±2.75* |
| 对照组 | 50 | 16.72±3.99 | 20.75±4.11* | 17.34±3.31 | 19.76±4.45* | 14.12±1.87 | 16.99±2.50* |
| t值 | | 1.176 | 5.294 | 0.674 | 3.804 | 0.789 | 3.082 |
| P值 | | 0.243 | <0.001 | 0.502 | <0.001 | 0.432 | 0.003 |

| 组别 | 例数 | 健康职责 | | 营养 | | 压力处理 | |
|-----|----|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|
| | | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 |
| 观察组 | 50 | 16.89±3.48 | 25.2±4.79* | 17.91±1.96 | 26.26±4.86* | 15.21±3.06 | 21.47±4.43* |
| 对照组 | 50 | 16.13±3.66 | 21.06±4.20* | 17.33±2.05 | 23.74±4.77* | 15.92±2.94 | 18.34±4.11* |
| t值 | | 1.064 | 4.595 | 1.446 | 2.617 | 1.183 | 3.663 |
| P值 | | 0.290 | <0.001 | 0.151 | 0.010 | 0.240 | <0.001 |

注: *表示与同组干预前比较, P<0.05。

表4 两组干预前后生活质量评分比较 (x̄±s, 分)

| 组别 | 例数 | 生理 | | 心理 | | 社会关系 | | 环境 | |
|-----|----|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|
| | | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 |
| 观察组 | 50 | 58.61±6.96 | 72.02±8.25* | 56.64±6.39 | 78.69±8.84* | 57.16±6.83 | 65.14±7.88* | 61.42±6.33 | 64.91±7.00* |
| 对照组 | 50 | 57.22±7.23 | 63.36±7.90* | 57.83±6.05 | 70.22±8.20* | 58.29±6.55 | 61.10±7.34* | 62.05±6.45 | 63.48±6.98* |
| t值 | | 0.979 | 5.361 | 0.956 | 4.967 | 0.844 | 2.653 | 0.493 | 1.023 |
| P值 | | 0.330 | <0.001 | 0.341 | <0.001 | 0.401 | 0.009 | 0.623 | 0.309 |

注: *表示与同组干预前比较, P<0.05。

良心理不仅会影响术后饮食健康,还可能会延迟身体康复的进程。本研究结果显示,观察组焦虑、抑郁量表评分低于对照组,提示以问题为指导认知-行为干预可显著改善上睑下垂患者的心理状态。以问题为指导认知-行为干预通过在术前与患者进行沟通交流,并与患者建立良好的护患关系,提高了护患之间的信任,极大缓解了患者的紧张、不安等。此外,纠正认知、问题训练、认知行为干预等课程也可使患者对疾病和手术有了正确认知,进而改善不良情绪^[18]。

应对方式指个体面对困难、挑战或压力时所采取的手段,积极的应对方式可使患者更好地应对手术后的生理和心理障碍,而消极的应对方式可使患者逃避现实,并产生愤怒、抑郁等心理,造成心理压力^[19-20]。上睑下垂患者由于对疾病的认知有限、有容貌焦虑等,部分患者在面临手术时会采取逃避、退缩等消极的应对方式。本研究结果显示,观察组应对方式评分优于对照组,提示以问题为指导认知-行为干预可显著改善上睑下垂患者的应对方式。以问题为指导认知-行为干预使患者了解自身疲劳状况及其背后问题,并告知患者正确的认知的应对策略,使患者有了正确的认知水平。同时注重患者发现问题、解决问题,使患者正确面对日常生活中的困难,并积极应对,进而实现创伤后成长。

上睑下垂矫正术后需患者进行眼部护理、并发症预防、注意饮食和休息,因而对患者的健康行为和用药依从性要求较高^[21-22]。本研究中,观察组HPLP-II各维度评分、

MMAS-8评分高于对照组,提示问题为指导认知-行为干预可显著提高患者的健康行为和用药依从性。以问题为指导认知-行为干预先纠正患者认知,使患者意识到健康行为对术后恢复的重要性,在整个干预的过程中强调认知和行为的同步改善,进而使患者积极进行术后自我护理。本研究结果显示,观察组生理、心理、社会关系评分高于对照组,提示以问题为指导认知-行为干预可显著提高患者的生活质量。分析其原因,可能与问题为指导认知-行为干预可显著改善心理状态和应对能力,提高健康行为有关。

综上,以问题为指导的认知-行为干预可有效改善上睑下垂矫正术患者心理状态、应对能力和健康行为,提高患者用药依从性和生活质量,值得临床推荐。

[参考文献]

[1]张巍巍,任晓霞,唐东润,等.眉下皮肤切除矫正中老年上睑松弛的疗效分析[J].国际眼科杂志,2020,20(8):1304-1309.
 [2]李旋,席庆春,赵玲玲,等.联合筋膜鞘悬吊术矫正重度上睑下垂中上睑提肌复合体缩短术的效果[J].中华医学美容美容杂志,2021,27(4):289-292.
 [3]许厚银,陈文莉,韩国鸽.联合筋膜鞘悬吊术矫正上睑下垂的研究进展[J].解放军医学院学报,2021,42(8):885-889.
 [4]覃楠玲,刘欣怡,向喜桃.闭眼游戏对上睑下垂矫正术儿童黑暗恐惧与心理适应的影响研究[J].中国美容医学,2023,32(3):158-160.
 [5]姜雪媛,王晓凤,汪灵燕.针对性系统护理对上睑下垂手术患者术

(本文未完,下转第205页)