9　Larry WO, Horog PG, Free man, *et al*. Role of supperoxide dismutase in cancer〔J〕. Res, 1997; 39(4): 114.
10　王炳岩,季宇彬 . 海藻多糖对白血病 L_{615}小鼠 LPO含量及 GR, GSH-Px、CAT、SOD酶活性的影响〔J〕. 中国中医药信息, 1994; 11(5): 43-5.

〔2005-10-15收稿　2006-03-01修回〕
(编辑　牛铁兵)

高干病房老年患者孤独、焦虑、抑郁情绪及其相关因素探讨

李　凡　刘　宇[1]　韩布新　罗　劲　孟春英[2]　(中国科学院心理研究所心理健康重点实验室,北京　100101)

〔摘　要〕 目的　调查高干病房老年患者孤独、焦虑、抑郁情绪的发生情况,并分析其相关因素。方法　调查并分析北京市某三级医院高干病房 60例老年慢性疾病患者 UCLA孤独量表、医院焦虑抑郁量表 (HAD)、日常生活能力量表 (ADL)得分。结果　96.7%的老年患者有不同程度的孤独感,有焦虑状态者占 23.3%,有抑郁状态者占 13.3%;相关影响因素有住院天数、家庭月收入、文化程度、日常生活能力 (ADL)、健康自评得分、人际关系、婚姻状况。结论　应重视高干病房老年患者伴发的孤独、焦虑、抑郁情绪,并针对相关因素加强心理护理。

〔关键词〕 孤独;焦虑;抑郁;老年高干患者
〔中图分类号〕 R749.1　〔文献标识码〕 A　〔文章编号〕 1005-9202(2007)02-0155-03

随着医学模式的转变及整体护理的开展,心理护理日益受到各界关注。国内外的研究显示社区老年人群和普通病房老年患者均存在不同程度的负性情绪如孤独、焦虑、抑郁等[1,2],这种不良的心理状态影响老年人的日常功能和生活质量,导致躯体功能下降甚至死亡[3]。本文对北京市某三级医院高干病房老年患者的心理状态及相关因素进行调查与分析。

1　对象与方法

1.1　被试　北京市某三级医院高干病房 60岁以上的老年慢性疾病患者 60例,男 47例,女 13例,年龄 62～95岁,平均 (76.42 ±6.45)岁。

1.2　调查方法　35位患者自行填写问卷,25位患者由于视力受损、疾病限制及输液等原因由研究者复述并代填。包括:①UCLA孤独量表 (UCLA loneliness Scale):评价因社会交往愿望与实际交往差距而产生的孤独,含有 11个"孤独"正序条目与 9个"非孤独"反序条目。每个条目用 4级频度评分 (常常、有时、很少、从未)。量表得分为 20～80分[4]。无孤独感 20分;轻度孤独 21～40分;中度孤独 41～60分;重度孤独 61～80分。②医院焦虑抑郁量表 (Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD):用于筛查病人的焦虑和抑郁情绪,7个条目评定抑郁,7个条目评定焦虑。每个条目有 4个备选答案,分别赋 0、1、2、3分,抑郁和焦虑总分均为 21分[4]。大于 9分则说明患者处于焦虑或抑郁状态[5]。③日常生活能力量表 (Activity of Daily Living Scale, ADL)包括躯体生活自理量表 (共 6项)和工具性日常生活能力量表 (共 8项)。评分为 4级,分别赋予 1～4分 (自己完全可以做、有些困难、需要帮助、根本没办法做)。按总分和单项能力进行分析。总分 20分及以下为完全正常,大于 20分有不同程度的功能下降。单项分 1分为正常,2～4分为功能下降。若无从了解,或从未做过,可按 1分记[6]。④自行编制的一般资料表包括:住院天数、性别、年龄、婚姻状况、职业、职务、伴随疾病数、文化程度、人际关系、入院睡眠质量、家庭月收入、医药费支付方式、健康水平自评表 (10分制等级标尺)等一般人口学特征资料及心理状态的可能相关因素。

1.3　统计学处理　使用 SPSS11.0进行数据统计。

2　结　果

2.1　一般资料　本组患者均为享有公费医疗的离退休干部。住院 2～116 d,平均 (11.60 ±15.58) d,中位住院天数 7 d。伴随疾病:1～8种,平均 (3.15 ±1.56)种;中位伴随疾病数 3种。ADL 14～45分,平均 (23.78 ±10.47)分,大于 20分的患者占 43.3%。老年患者健康自评得分 1～9分,平均 (5.28 ±1.94)分。其他一般资料见表 1。

表 1　一般资料

项目		人数 (%)	项目		人数 (%)
婚姻状况	在婚	47(78.3)	文化程度	小学	2(3.3)
	丧偶	13(21.7)		初中	2(3.3)
人际关系	一般	7(11.7)		高中、中专	18(30.0)
	较好	27(45.0)		大专	12(20.0)
	很好	26(43.3)		本科	21(35.0)
				研究生及以上	5(8.4)
家庭月收入 (元)	2000～3000	4(6.7)	入院睡眠质量	差	1(1.7)
	3000～4000	18(30.0)		较差	8(13.3)
	4000～5000	20(33.3)		一般	16(26.7)
	5000～6000	12(20.0)		较好	29(48.3)
	6000～	6(10.0)		很好	6(10.0)

2.2　孤独、焦虑、抑郁状态　患者 UCLA孤独量表得分 20～57分,平均 (37.07 ±8.92)分,无孤独感 2人 (3.3%);轻度孤独感 36人 (60.0%);中度孤独感 22人 (36.7%);无重度孤独感的患者。丧偶老年患者孤独得分高于已婚患者 ($t = -2.18$, $P < 0.05$)。患者抑郁得分 0～18分,平均 (5.05 ±3.59)分,中位分 4分,抑郁得分大于 9分 8人 (13.3%);焦虑得分 0～19分,平

1　北京大学护理学院　2　北京大学人民医院
通讯作者:韩布新 (1966-),男,博士,主要从事认知年老化研究。
作者简介:李　凡 (1982-),女,学士,主要从事认知神经科学研究。

© 1994-2010 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

均 (6.55 ±4.39)分,中位分 6分,焦虑得分大于 9分者 14人 (23.3%)。抑郁合并孤独状态者 8人 (13.3%),焦虑合并孤独状态者 14人 (23.3%),焦虑合并抑郁状态者 5人 (8.3%),孤独合并焦虑抑郁状态者 5人 (8.3%)。孤独、焦虑、抑郁得分之间互为正相关,相关系数 r值分别为 0.53、0.63、0.76 (P均 < 0.001)。

2.3　孤独、焦虑、抑郁的相关因素分析　见表 2。年龄、性别、伴随疾病数均与孤独、焦虑、抑郁得分无关,焦虑得分与入院睡眠质量呈负相关 (r = - 0.26, P < 0.05)。

表 2　孤独、焦虑、抑郁得分与各因素的相关系数及其显著性

相关因素	孤独得分	焦虑得分	抑郁得分
住院天数	0.073	0.341[2)]	0.189
家庭月收入	- 0.355[2)]	- 0.245	- 0.365[2)]
文化程度	- 0.302[1)]	- 0.188	- 0.273[1)]
日常生活能力 (ADL)	0.276[1)]	0.324[1)]	0.232
健康自评	- 0.444[3)]	- 0.578[3)]	- 0.535[3)]
人际关系	- 0.340[2)]	- 0.392[2)]	- 0.324[1)]

1) P < 0.05, 2) P < 0.01, 3) P < 0.001

3　讨　论

孤独、焦虑、抑郁作为常见躯体疾病所致负性情绪,影响躯体疾病的临床康复和预后[7]。高干病房老年患者的焦虑得分与入院睡眠质量呈负相关,说明患者焦虑感的增强造成睡眠质量下降,亦证明负性情绪对患者有不利影响。绝大多数高干病房的老年患者表现出不同程度的孤独感,但平均分低于社区老年人的 37.82分[8];焦虑、抑郁和焦虑合并抑郁的发生率也分别低于普通住院患者的 21.5%、18.9%和 11.5%[9]。但是,高干病房老年患者的孤独、焦虑、抑郁状态发生率仍较高,应引起医护人员的重视。处于焦虑、抑郁状态的患者 100%伴随孤独感,并且三者呈正相关,说明三种负性心理情绪相互影响。护理人员一旦发现老年高干患者表现出某种负性情绪,应立即采取心理干预,以免引发其他负性情绪而形成恶性循环。

本文研究表明,文化程度越高患者的孤独、抑郁感越低,这可能是由于文化程度高者在住院期间可选择的活动较多,如读书、看报、听音乐、欣赏电视节目等。部分高级知识分子在住院期间还继续从事学术研究,因而其孤独感较低学历老年人低。此外文化程度高者对医疗信息的掌握更加全面、准确,不会盲目悲观,因此抑郁评分较低。本研究还表明,家庭月收入越高老年患者的抑郁、孤独感越低,虽然老年高干患者均享受公费医疗,但是收入高者对金钱的后顾之忧相对减少,可以选择最有效的治疗方法而不用顾虑该项目费用,从而缓解了由经济压力造成的抑郁情绪;并且可以选择配备电视、电话的病房,从而通过经常与家人联系和欣赏电视节目等活动缓解孤独感。本研究显示丧偶的老年患者孤独感明显高于在婚老年人,这与刘志荣等的研究结果相同[8]。丧偶老年人由于缺乏伴侣陪伴,对伴侣思念感强烈,且子女由于工作关系不能经常陪伴等原因,使其孤独感高于在婚老人。因此,护理人员应格外重视具备以上可加重负性情绪的患者,并针对其各自的心理特点加强心理护理。

焦虑属于情感障碍是患者在缺乏明显的客观因素或充分根据的情况下,对自身健康和客观情况做出过分严重估计而出现的内心不安[10]。住院时间越长,老年患者对疾病估计的越严重,越容易失去战胜疾病的信心。另一方面由于长时间住院,老年患者担心家人过分操劳,给家庭带来过多的负担。因此,护理人员要配合医生尽量缩短患者的住院时间,对长时间住院的患者,要耐心解释原因,并鼓励患者树立信心,鼓励家属多与患者沟通,消除患者的后顾之忧,安心配合治疗。

高干病房老年患者日常生活能力越低,其孤独感越强。这与邵也常等的研究结果相同[11]。由于日常生活能力下降,老年人与外界的接触减少,导致孤独感增强[8]。另一方面绝大多数离退休老干部曾经担任过重要领导职务,退休后社会地位的降低和自理能力的下降易使其产生自卑感和无用感[12]。住院后由于疾病限制、生活无法自理而需依赖他人,易使患者心理负担过重而出现焦虑情绪[13]。因而护理人员对生活能力较差的病人,在与家属协商后可安排亲属陪护或雇用护工陪护,并向患者解释在需要帮助时 (如入厕、饮水、穿衣等)应及时向陪护人员或护理人员提出,及时对有心理障碍的老年人进行心理疏导。

健康自我评价主要反映患者对自己健康状况的主观评价和主观体验,与客观情况可能并不一致[14]。有些患者的健康状况并不一定很好,但由于其性格乐观,自我评价往往较好,他们认为自己现在的身体状况与同龄人相比还算是较好的,能够乐观地对待生活,较少有负性情绪[14]。有些患者由于对疾病的无知和对疾病的特殊治疗产生恐惧,过分担心,缺乏战胜疾病的信心,导致自我评价较差[14],这些老年患者易发生焦虑、抑郁情绪。同时由于健康自我评价差,患者往往容易消极地对待生活,比如封闭自我、减少与外界的接触、认为和他人的来往毫无意义等,从而导致其孤独感增强[14]。这提示护理人员要及时纠正患者对所患疾病的误解,讲解治疗的大致过程,利用音乐、电视、放松技术等分散患者对病痛的注意,使患者在尽可能轻松的心境下接受治疗从而减轻患者的恐惧心理,帮助其树立战胜疾病的信心。

人际关系越好,老年患者的孤独、焦虑、抑郁感越低。这可能是由于人际关系越好的老年患者在住院期间会有更多的亲友来医院探望与陪伴,从而减轻了他们的孤独感,并且这类患者与医护人员的沟通更多、更有效,容易向医护人员了解更多、更准确的关于自身疾病的知识,能够更好地排解由于对疾病的误解而引发的焦虑、抑郁情绪。所以,对于不善与人沟通、相处的患者,护理人员更要主动地关心他们,耐心地向其解释病情,及时化解其与病友、医护人员的矛盾。并引导患者反思自身的问题,帮助其建立良好的人际关系。

4　参考文献

1　Linda S., Elizabeth G. Even elders get the blues [J]. Mental Health Today, 2005; 2: 29-31.

2　刘　平,程秀霞,闫忠芳. 浅谈老年病人的心理特点及沟通方法 [J]. 实用全科医学, 2005; 3 (2): 135.

3　Wenhui W, Usha S., Mark O. Use of Psychotherapy for Depression in Older Adults [J]. American J Psychiatry, 2005; 162 (4): 711-7.

© 1994-2010 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

4　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: 223-6.
5　叶维菲,徐俊冕. 综合性医院焦虑抑郁量表在综合医院病人中的应用与评价〔J〕. 中国行为医学杂志, 1993; 2(3): 17.
6　张作记. 日常生活能力量表〔J〕. 中国行为医学科学, 2001; 10: 172.
7　于德华,吴绍敏,李春波,等. 综合医院住院患者焦虑与抑郁症状调查〔J〕. 临床精神医学杂志, 2004; 14(2): 68-70.
8　刘志荣,倪进发. 老年人孤独及其相关因素的研究〔J〕. 中国公共卫生, 2003; 19(3): 293-5.
9　邵阿末,刘晓红. 住院病人心理健康状况及其影响因素的调查研究〔J〕. 护理管理杂志, 2002; 2(6): 7-9.
10　王祖承. 精神病学〔M〕. 第 2版. 北京:人民卫生出版社, 2001: 53.
11　邵也常,朱高章,施明华,等. 广州市老年干部生活质量调查分析〔J〕. 中国老年学杂志, 1995; 15(5): 258-60.
12　孟繁忠. 离退休老干部的心理特点及应对方略〔J〕. 中国疗养医学, 2003; 12(2): 114-6.
13　赵淑华,张丽萍,孟宪瑞. 老年病人的心理护理〔J〕. 中国疗养医学, 2003; 12(4): 269-70.
14　廖浩峰,杨水泉,陈小嫦. 2型糖尿病患者 167例抑郁症状调查分析〔J〕. 实用医学杂志, 2002; 18(6): 641-2.

〔2005-07-21收稿　2006-01-30修回〕
(编辑　牛铁兵)

高龄老年人卧床不起的临床特点

欧阳敏　蹇在金　王　蓉　吴悦陶　(中南大学湘雅二医院老年病学教研室,湖南　长沙　410011)

〔摘　要〕 目的　了解高龄老年人卧床不起的临床特点。方法　121例老年卧床不起患者根据年龄分为高龄组(≥80岁)和低龄组(60～79岁)比较两组在卧床不起的病程、病因、并存疾病和并发症等方面的差异。结果　高龄老年人组跌倒后综合征(17.86%)和误用综合征(7.14%)明显高于低龄老年人(分别为 3.08%和 0%, $P<0.05$);高龄老年人并存疾病明显高于低龄老年人($P<0.05$)。高龄老年人并存痴呆(26.79%)和骨折(23.21%)明显高于低龄老年人(分别为 10.77%和 7.69%, $P<0.05$);高龄老年人并发褥疮(17.86%)和挛缩(26.79%)明显高于低龄老年人(分别为 7.69%和 10.77%, $P<0.05$)。结论　跌倒后综合征和误用综合征是其特殊病因;高龄老年人卧床不起并存疾病多;褥疮和挛缩多见。

〔关键词〕 高龄老年人;卧床不起
〔中图分类号〕 R592　〔文献标识码〕 A　〔文章编号〕 1005-9202(2007)02-0157-02

卧床不起的患病率随年龄而升高,高龄老年人(≥80岁)既是本病的易感人群,又是重点防治对象。与低龄老年人(60～79岁)相比,高龄老年人卧床不起有何特点?本文采取对比法对一组老年卧床不起的背景资料进行分析,以探讨高龄老年人卧床不起临床特点,为其防治提供依据。

1　对象与方法

选择 2001年 8月～2003年 4月在我院住院的 121例老年卧床不起患者为研究对象,根据年龄分为两组:(1)高龄组(≥80岁)56例,其中男 49例,女 7例,平均年龄(84.39 ±5.87)岁;(2)低龄组(60～79岁)65例,其中男 52例,女 13例,平均年龄(73.85 ±6.53)岁。比较两组在卧床不起的病程、病因、并存疾病和并发症等方面的差异。卧床不起的诊断和分级符合日本卧床不起的诊断标准[1],卧床时间以大于 1个月并不能恢复者确定为卧床不起。脑血管病诊断符合 1995年全国第四届脑血管病学术会议诊断标准。其他疾病诊断符合《临床疾病诊断依据治愈好转标准》(解放军总后勤部卫生部编, 1998年,第 2版)。

所有数据均用 SPSS11.0统计软件包进行统计,两组间采用 χ^2 检验比较两组间差异。

2　结　果

高龄老年人组卧床不起病程为 1～100个月,平均(26.60 ±26.73)个月,低龄老年人组病程为 1～108个月,平均(21.86 ±25.66)个月,两组间差别无显著性($P>0.05$)。高龄老年人卧床不起 A级占 37.50%, B级 28.57%, C级 33.93%,而低龄老年人 A、B、C级分别为 38.46%, 36.92%, 24.62%,两组差别无显著性($P>0.05$)。在病因方面,高龄老年人的跌倒后综合征检出率(17.86%)明显高于低龄老年人(3.08%)($P<0.05$),高龄组误用综合征(7.14%)明显高于低龄组(0%)($P<0.05$),而其他病因如脑卒中,恶性肿瘤,器官功能衰竭,骨折等在两组间无差异($P>0.05$)。另外。高龄老年人并存疾病 1种为 0%, 2种为 3.57%, 3种为 96.43%明显高于低龄老年人(合并 1、2、3种疾病分别为 7.69%、16.92%、75.39%, $P<0.05$)。高龄老年人的痴呆(26.79%)、骨折(23.21%)等并存疾病明显高于低龄老年人(分别为 10.77%和 7.69%, $P<0.05$),而冠心病、高血压病、糖尿病、心衰、恶性肿瘤、慢性支气管炎等并存疾病两组无差别($P>0.05$)。高龄老年人总并发症发生率(96.4%)与低龄老年人(98.4%)无差异,但褥疮(17.86%)和挛缩(26.79%)明显高于低龄老年人(分别为 7.69%和 10.77%, $P<0.05$)。高龄老年人平均每天用药(11.48 ±6.24)种,低龄老年人(10.36 ±5.83)种,两组间差异无显著性($P>0.05$)。

基金项目:卫生部保健科研基金课题(2001-030)
通讯作者:蹇在金(1951-),男,教授,主要从事老年病研究。
作者简介:欧阳敏(1974-),主治医师,博士,主要从事老年病研究。

© 1994-2010 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net