

· 综述 ·

姑息护理过程影响患者抑郁检出率的研究进展

冯亚宾, 童莉, 张金荣

(衡水市哈励逊国际和平医院, 河北衡水, 053000)

[关键词] 姑息护理; 抑郁; 检出率

[中图分类号] R45 [文献标识码] C [文章编号] 1671-8283(2014)01-0066-04 [DOI] 10.3969/j.issn.1671-8283.2014.01.021

A review of factors influencing detection rates of depression in palliative care

Feng Yabin, Tong Li, Zhang Jinrong // Modern Clinical Nursing, -2014, 13 (01): 66.

[Key words] palliative care; depression; detection rate

姑息护理是伴随临终关怀发展而来的一种个性化护理方式,以提高和改善患者及其家属的生活质量为首要目标。研究发现^[1],抑郁是姑息护理中常见的情绪障碍,严重影响患者心理健康和生活质量。然而,抑郁在姑息护理中的检出率却非常低,致使许多患者饱受抑郁的影响,如病症加重、痛感增加、自理能力降低、致死率增加等^[2]。护理人员作为姑息护理团队中的重要角色,在抑郁检出和改善照护上发挥重要作用^[3]。因此,加强护理人员对抑郁的鉴别筛选能力,提高抑郁的检出率,改善患者及其家属的生活质量,已经成为姑息护理培训的主要内容^[4]。本文就影响姑息护理患者抑郁检出率因素综述如下。

1 姑息护理患者抑郁发生的现状

研究证实^[5],接受姑息护理的患者中,患有抑郁的比例十分高。Mitchell A J等^[6]按照美国精神疾病诊断与统计手册第4版(the diagnostic and statistical manual of mental disorders-IV, DSM-IV)和国际疾病分类第10版(International Classification of Diseases-10, ICD-10)对抑郁的诊断标准,回顾性分析了24项研究,总计4007例接

受姑息护理的患者,结果发现,其中有24.6%的患者患有不同程度的抑郁。尽管此项研究在抑郁的定义和测量方法上存在异质性^[7],但其在抑郁症状和检出方面为后续研究提供可靠参考^[4]。

抑郁的低检出率是限制姑息护理中患者得到有效抑郁治疗的主要障碍^[4]。尽管目前已有针对抑郁较为成熟的药物和心理干预措施^[8-9],仍有约60%的患者得不到较好的治疗,而造成这种结果的原因归结于抑郁的低检出率^[10]。Irwin SA等^[11]回顾性分析了2716例接受姑息护理的患者发现,只有13.7%的患者被记录进行了抑郁的相关诊断。Shiroma PR等^[12]开展的一项处方类抗抑郁研究项目发现,在超过18月的期间内,仅有11.7%的患者被诊断并持续接受抗抑郁药治疗。与24%的发病率相比,这一数据反映出,由于对抑郁的诊断不足,使大约50%接受姑息护理患者的抑郁无法识别和治疗。因此,重新审视阻碍姑息护理患者中抑郁检测的因素,提高护理人员对抑郁的检出率,已是姑息护理实践中遇到最为迫切的问题之一^[4]。

2 影响抑郁检出率的因素

2.1 护理人员抑郁鉴别能力不足

姑息护理工作中,护理人员如何正确鉴别抑郁与其他负面情绪受到许多因素影响,通常抑郁所引起的躯体症状易被误认为是患者自身的医疗状况或药理学副作用^[4]。目前,大多数姑息护理机构主要根据患者的躯体症状检测鉴别抑郁,如睡

[收稿日期] 2012-10-18

[作者简介] 冯亚宾(1963-),女,河北人,副主任护师,本科,主要从事临床护理工作。

[通信作者] 张金荣,主任护师, E-mail: hy_kjk@163.com。

眠质量、饮食模式、生活活力等^[13]。然而,这些躯体症状往往易与患者自身的医疗状况相混淆,其对抑郁鉴别效果的可靠性不佳^[14]。因此,提高抑郁症状检测鉴别的准确度对抑郁的鉴别具有积极的意义。护理人员应将重点放在患者的认知和行为症状方面,如持续或严重的兴趣丧失、绝望感、自我评价过低、社交孤立等,这些指标在抑郁的诊断上准确性更好^[4]。

另外如何鉴别抑郁和悲伤也是姑息护理工作中面临的一大难题。鉴于姑息护理对象的特殊性,在其生命即将结束的特殊阶段,患者往往需要经过一段时间的悲伤,这是正常的自然反应,这种“筹备悲伤”被认为是适应性和适当的^[15]。然而当患者出现持续性或严重的悲伤,并伴随明显的病理症状,如持续的社交孤立、绝望、轻生等情况时,说明患者可能患有抑郁。Jacobsen JC 等^[16]研究结果亦得出相同结论。正确的鉴别抑郁和悲伤对姑息护理患者的临床治疗的意义不同,如针对非抑郁患者应首要开展心理辅导,而非抗抑郁药物和/或心理治疗^[17]。因此,提高护理人员更为有效的鉴别悲伤和抑郁的能力,将有利于患者获得及时合理的治疗。

2.2 抑郁筛选方式存在局限

目前,在姑息护理机构中,采用常规的临床诊断方法对抑郁的筛选存在一定局限性,同时由于护理人员对患者抑郁症状的认识不足,往往导致假阳性或假阴性的出现^[5]。Singer S 等^[18]证实,一些姑息护理机构中采用的抑郁筛查工具较单纯的常规判断要更为有效。虽然这些工具不是诊断仪器,但其对抑郁的诊断具有良好的效果^[19]。如 Mitchell AJ 等^[20]采用的双提问筛选工具,通过提问“你感到郁闷吗?”“你觉得无趣吗?”等问题,就可很好地了解患者当前心理特征,且这样的筛检工具,很容易为护理人员所掌握和运用^[21]。目前,限制这些工具应用的两个重要障碍就是护理人员缺乏足够的训练和自信心不足,而二者可以通过专业的培训而改变^[20]。

2.3 护理人员与患者沟通存在障碍

良好的沟通交流能力是护理人员所必备的技能,鉴于姑息护理对象的特殊性,更加要求护理人员注重与患者交流心理健康问题。Kadan-Lottick

NS 等^[22]证实,与患者讨论心理健康问题可作为患者接受后续心理照护的重要预测指标。目前,大多数姑息护理机构中,由于护理人员不能准确记录患者的忧虑情绪,一旦患者表现出相应的抑郁情绪后,护理人员经常生冷应对或给予医学解释,而非有感情地与患者沟通以进一步了解其心理健康问题^[23]。同时,大多患者不愿主动寻求心理帮助,往往导致患者心理健康问题的加剧^[24]。然而,即使护理人员可与受情绪障碍困扰的患者讨论心理健康问题,由于对患者抑郁心理认知不足,往往会使患者感觉更糟,这更加突显出护理人员对心理照护专业培训的迫切需求^[25]。

3 姑息护理培训

有效的姑息护理培训可显著提高护理人员的专业知识、沟通能力及工作态度等,使之在与患者沟通时更加自信,更易洞察其心理变化,可提高抑郁在姑息护理中的检出率,并可为改善患者心理健康状况提供适当的心理照护^[4]。Brown RF 等^[26]认为,通过培训护理人员的沟通技巧,抑郁检出和应对策略,可显著增强其应对抑郁患者的自信心。Strong V 等^[27]针对晚期肿瘤患者开展了姑息护理培训,培训包括提高护理人员抑郁的专业知识和治疗手段、沟通技巧以及解决问题技能等,结果亦是有效可行的。Turner J 等^[28]将培训重点转向护理人员的沟通能力,结果显示,培训后护理人员沟通技巧和应对抑郁患者的自信心明显增强,且在抑郁的检出率上实验组显著优于对照组,但由于培训仅侧重于护理人员的沟通技巧,其应用仍存在争议。目前,虽然大多姑息护理培训取得一定的成果,但仍缺乏经询证医学证实确切有效的培训计划,现有的培训计划大多受小样本的限制,或是只侧重于沟通能力^[29]。因此,探寻完善有效的姑息护理抑郁培训体系,注重护理专业知识、沟通技巧、自我效能培训的同时,需加强护理人员对抑郁的鉴别筛选以及心理健康交流能力,以提高抑郁在姑息护理患者中的检出率,进而为患者提供高质量的姑息照护^[4]。

4 结论

抑郁是接受姑息护理患者常见的情绪障碍,

严重影响患者的心理健康和生活质量。提高抑郁的检出率,是缓解抑郁症状、最大限度提高姑息护理患者生活质量的重要步骤。姑息护理培训应在注重护理专业知识、沟通能力、自我效能培训的同时,将抑郁的检出能力作为培训的重点,通过加强护理人员对抑郁的筛选、鉴别以及心理健康交流能力,提高抑郁的检出率,完善护理人员的工作职能,提高姑息照护的质量。

参考文献:

- [1] Henech I, Axelsson B, Bergman B. The assessment of quality of life at the end of life (AQEL) questionnaire: a brief but comprehensive instrument for use in patients with cancer in palliative care[J]. *Quality of Life Research*, 2010, 19(5): 739-750.
- [2] Rayner L, Price A, Hotopf M, et al. The development of evidence-based European guidelines on the management of depression in palliative cancer care[J]. *European Journal of Cancer*, 2011, 47(5): 702-712.
- [3] Junger S, Payne SA, Costantini A, et al. The EAPC task force on education for psychologists in palliative care[J]. *European Journal of Palliative Care*, 2010, 17(2): 84-87.
- [4] David J, Hallford, Marita P. Depression in palliative care settings: The need for training for nurses and other health professionals to improve patients' pathways to care[J]. *Nurse Education Today*, 2012, 32: 556-560.
- [5] Mitchell AJ, Meader N, Symonds P. Diagnostic validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in cancer and palliative settings: a meta-analysis[J]. *Journal of Affective Disorders*, 2010, 126(3): 335-348.
- [6] Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haemato-logical, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies[J]. *The Lancet Oncology*, 2011, 12(12): 160-174.
- [7] Vodermaier A, Linden W, Siu C. Screening for emotional distress in cancer patients: A systematic review of assessment instruments[J]. *Journal of the National Cancer Institute*, 2009, 101(21): 1464-1488.
- [8] Rayner L, Price A, Evans A, et al. Antidepressants for the treatment of depression in palliative care: systematic review and meta-analysis[J]. *Palliative Medicine*, 2011, 25(1): 36-51.
- [9] Rayner L, Price A, Evans A, et al. Antidepressants for the treatment of depression in palliative care: systematic review and meta-analysis[J]. *Palliative Medicine*, 2010, 25(1): 36-51.
- [10] Wilson KG, Chochinov HM, Skirko MG. Depression and anxiety disorders in palliative cancer care[J]. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2007, 33(2): 118-129.
- [11] Irwin SA, Rao S, Bower K, et al. Psychiatric issues in palliative care: recognition of depression in patients enrolled in hospice care[J]. *Journal of Palliative Medicine*, 2008, 11(2): 158-163.
- [12] Shiroma PR, Geda YE, Mohan A, et al. Antidepressant prescription pattern in a hospice program[J]. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 2010, 10: 117.
- [13] Lloyd-Williams M, Payne S. Nurse specialist assessment and management of palliative care patients who are depressed—a study of perceptions and attitudes[J]. *Journal of Palliative Care*, 2002, 18(4): 270-274.
- [14] Hotopf M, Lee W, Price A, et al. The clinical epidemiology of depression in palliative care and the predictive value of somatic symptoms[J]. *Palliative Medicine*, 2010, 25(1): 1-13.
- [15] Periyakoil JS, Hallenbeck J. Identifying and managing preparatory grief and depression at the end of life[J]. *American Family Physician*, 2002, 65: 883-890.
- [16] Jacobsen JC, Zhang B, Block SD, et al. Distinguishing symptoms of grief and depression in a cohort of advanced cancer patients[J]. *Death Studies*, 2010, 34: 257-273.
- [17] Boston P, Bruce A, Schrieber R. Existential suffering in the palliative care setting: an integrated literature review[J]. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2011, 41(3): 604-618.
- [18] Singer S, Brown A, Einkenkel J, et al. Identifying tumour patients' depression[J]. *Supportive Cancer Care*, 2010, 10: 1007.
- [19] Thekkumpurath P, Venkateswaran C, Kumar M, et al. Screening for psychological distress in palliative care: a systematic review[J]. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2008, 36(5): 520-528.
- [20] Mitchell AJ, Kaar S, Coggan C, et al. Acceptability of common screening methods used to detect distress and related mood disorders—preferences of cancer specialists and non-specialists[J]. *Psycho-Oncology*, 2008, 17(3): 226-236.
- [21] Rao S, Ferris FD, Irwin SA. Ease of screening for depression and delirium in patients enrolled in inpatient hospice care[J]. *Journal of Palliative*