

新

世纪 高职高专系列 “十二五” 规划教材

XINSHIJIGAOZHIGAOZHUANXILIE “SHIERWU” GUIHUAJIAOCAI



康复

护理技术

K a n g F u H u L i J i S h u

主编 胡鸿雁 黄明勇



东南大学出版社
Southeast University Press

新世纪高职高专系列“十二五”规划教材

康复护理技术

(供康复治疗技术、护理专业用)

主 编 胡鸿雁 黄明勇

副主编 戴 波 肖 娟

东南大学出版社

·南京·

图书在版编目(CIP)数据

康复护理技术 / 胡鸿雁, 黄明勇主编. —南京: 东南大学出版社, 2011. 8

新世纪高职高专系列“十二五”规划教材

ISBN 978-7-5641-2963-7

I. ①康… II. ①胡…②黄… III. ①康复医学: 护理学—高等教育—教材 IV. ①R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 172588 号

康复护理技术

出版发行 东南大学出版社

出版人 江建中

社址 南京市四牌楼 2 号

邮编 210096

经销 全国新华书店

印刷 南京京新印刷厂

开本 700mm×1000mm 1/16

印张 10.75

字数 220 千字

版次 2011 年 8 月第 1 版

印次 2011 年 8 月第 1 次印刷

书号 ISBN 978-7-5641-2963-7

印数 1—3500 册

定价 23.00 元

(凡因印装质量问题,请与我社读者服务部联系。电话:025-83792328)

《康复护理技术》编委会

主 编 胡鸿雁 黄明勇

副主编 戴 波 肖 娟

编 者 (以姓氏拼音为序)

戴 波 何 琼 胡鸿雁

廖文玲 肖 娟

前 言

为了落实《国家中长期教育改革和发展规划纲要》中提出的“增强职业教育吸引力”的要求,深化高职教育改革,我们编写了本教材。

现代康复医学自 20 世纪 80 年代引入我国,在 20 多年的时间得到了迅速发展。康复护理作为康复医学的一个组成部分,其运用康复护理技术实施并协助执行康复计划,在康复计划的完成中起着十分重要的作用。

本教材打破以往《康复护理技术》教材内容序化规律,按典型工作任务分为三个部分。第一部分为“病”的康复护理技术,重点介绍临床康复常见疾病的康复护理技术;第二部分为“伤”的康复护理技术,重点介绍临床康复损伤类疾病的康复护理技术;第三部分为“残”的康复护理技术,重点介绍临床康复残疾类疾病的康复护理技术。为了强化学生的技能,我们在每部分的内容中融入了与之相关的技能训练。

教材的结构分为引导案例、正文、考查案例、技能训练、习题。

本书在编写过程中全程受到随州职业技术学院教务处及医护学院教务科的指导,得到了随州市中心医院康复科、随州市中医院康复科的大力支持,在此表示感谢。

此书由于编写时间紧,任务重,康复治疗技术又是一个新的专业,可借鉴的资料较少,书中若有错误和不当之处,我们争取尽快在再版时修正。真诚欢迎使用本教材的广大读者给予批评和指正。

编者

2010 年 12 月

目 录

学习情境一 “病”的康复护理技术

学习子情境一 慢性阻塞性肺部疾病的康复护理技术	(2)
学习子情境二 颈椎病的康复护理技术	(13)
学习子情境三 腰椎间盘突出症的康复护理技术	(26)
学习子情境四 脑血管意外的康复护理技术	(31)
习题	(55)

学习情境二 “伤”的康复护理技术

学习子情境一 骨折的康复护理技术	(60)
学习子情境二 关节置换术后的康复护理技术	(72)
学习子情境三 脊髓损伤的康复护理技术	(94)
学习子情境四 烧伤的康复护理技术	(110)
习题	(118)

学习情境三 “残”的康复护理技术

学习子情境一 脑性瘫痪的康复护理技术	(122)
学习子情境二 截肢后的康复护理技术	(151)
习题	(160)

参考文献	(163)
------------	---------

学习情境一

“病”的康复护理技术

学习子情境一 慢性阻塞性肺部疾病的康复护理技术

【引导案例】

患者,男,70岁,咳喘10年,下肢间断水肿1年。咳大量黄痰,伴嗜睡1日入院。查体:T37℃、P140次/min、R20次/min,血压正常,轻度嗜睡,口唇发绀,两肺有干湿啰音,心律齐,未闻杂音,腹部(一),下肢及腰骶部无水肿,膝反射正常,巴氏征(一)。血白细胞总数正常,中性粒细胞0.85,PaO₂6.7 kPa(50 mmHg),PaCO₂8 kPa(60 mmHg),胸片未见炎性阴影。

问题:患者存在的主要功能障碍有哪些?如何进行康复护理?

【学习任务】

能力目标:学会指导病人有效咳嗽训练、体位引流、呼吸训练、运动训练。

知识目标:掌握慢性阻塞性肺部疾病的康复护理措施;

熟悉慢性阻塞性肺部疾病主要功能障碍、康复教育。

素质目标:养成康复护理人员良好的心理素质。

培养学生的责任心、诚信意识和爱“伤”观念。

慢性阻塞性肺部疾病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)简称慢阻肺。是以气流阻力增大及肺弹性回缩力降低所引起的气流受限为特征的肺部疾病,气流受限不完全可逆,呈进行性发展。确切的病因还不清楚,但认为与肺部对有害气体或有害颗粒的异常炎症反应有关。慢性支气管炎和阻塞性肺气肿是导致COPD最常见的疾病。

COPD是呼吸系统的常见病和多发病,患病率和死亡率均居高位,严重地影响了人类健康。近年来,COPD的发病率与死亡率仍然呈上升趋势。目前我国,医生和患者本人都很重视COPD发作期病情控制,却忽视了缓解期的肺功能的康复,对如何延缓和控制缓解期肺功能进一步恶化、改善呼吸功能、提高患者工作和生活能力方面还没有提出系统有效的方案。系统有效的康复护理,有助于控制呼吸困难症状,减少急性病发作率,阻止和延缓肺功能的进一步恶化,争取生活自理,进而恢复生活工作能力。

一、主要功能障碍

COPD发生后,除引起肺功能障碍外,随着病程的延长,心脏及其他器官也会

受到影响,患者的生活活动能力逐年下降。

(一) 有效呼吸降低

由于慢阻肺的病理生理变化,患者在呼吸过程中的有效通气量降低,呼气末残留在肺部的气体增加,影响了外界大气的进入;长期慢性炎症,呼吸道分泌物引流不畅,影响肺部充分的气体交换;一些慢性支气管炎患者年龄偏大,有不同程度的驼背,肋软骨有不同程度的钙化,限制了胸廓的活动,导致肺通气量下降,使有效呼吸降低。缺氧症状表现为劳累性气短、气促、咳嗽、咳痰等。

(二) 病理性呼吸模式

肺气肿影响了患者平静呼吸过程中膈肌的上下移动,减少了肺的通气量;患者为了弥补呼吸量的不足,在安静状态下以胸式呼吸为主,甚至动用辅助呼吸肌(如胸大肌、三角肌、斜方肌),形成了病理性呼吸模式,限制了有效呼吸。

(三) 呼吸肌无力

患者有效呼吸降低、呼吸困难及病理性呼吸模式产生,机体活动量减少,严重影响了膈肌、肋间肌、腹肌等呼吸肌的运动,导致呼吸肌无力。

(四) 能耗增加和活动能力减退

由于病理性呼吸模式,使许多不该参与呼吸的肌群参与呼吸运动,同时气短、气促,使患者精神和颈背部甚至全身肌群紧张,造成机体体能消耗增加。另外,患者因惧怕劳累性气短常会限制自己的日常活动,有一些患者甚至长期卧床,丧失了日常生活能力和工作能力。

(五) 心理变化

由于长期的供氧不足会造成气短、气促、烦躁不安、精神紧张,影响患者的休息与睡眠,给患者带来严重的心理压力和精神负担。

二、康复护理措施

(一) 心理护理

由于长期咳嗽、胸闷、呼吸困难影响了患者的正常生活,患者常随病情进展而感觉无力。因此患者常有焦虑、悲观、失落或依赖等心理障碍,这些心理障碍会随着病情恶化而加重。护理人员在康复护理过程中应仔细观察患者的言行,对不同的心理反应给予相应的心理护理。

(二) 保持和改善呼吸道通畅

1. 正确体位的摆放

患者可采取坐位或半卧位,有利于肺扩张。

2. 指导患者进行有效咳嗽

有效咳嗽是一种使过多的支气管分泌物由气道排出的技术。在不致病或不增加支气管痉挛的前提下,增加分泌物清除效率,改善通气功能。有效咳嗽的方法为:先深吸气,然后关闭喉头增加气道内压力,再收缩腹肌(通过增加腹腔压力抬高膈肌)同时收缩肋间肌(固定胸廓不使其扩张)以提高胸腔内压,在肺泡内压力明显提高时突然将声门打开,即可将痰液随喷出气流排出。

3. 胸部叩拍

将手指并拢,掌心成杯状,运用腕动力量在引流部位胸壁上叩拍,使分泌物松懈。叩拍应沿支气管的走向从上往下拍或从下往上拍,高龄或皮肤易损者可用薄毛巾或其他保护物包盖在叩拍部位以保护皮肤,并注意观察患者的表情和生命体征。

4. 体位引流

体位引流是依靠重力作用促使各肺叶或肺段气道分泌物的引流排出。适用于神志清楚、体力较好、分泌物较多的老年人。

(三) 呼吸训练

1. 放松练习

患者可采取卧、坐、站体位,放松全身肌肉。对不易松弛的患者进行放松技术练习,如对拟放松的部位,先紧张收缩,体会一下什么是紧张,然后再放松,逐步将各紧张的肌肉松弛;还可做肌紧张部位节律性摆动或转动,以利于该部肌群的放松。放松练习有利于气急、气短症状的缓解。

2. 重建生理性呼吸模式

患者先做放松训练,集中思想,呼瘪吸鼓,呼时经口,吸时经鼻,细吸深呼。方法是:患者可取坐位或卧位,一手置于胸骨底部感受膈肌活动,另一手置于胸部感受胸部和呼吸肌的运动,经鼻细细吸气,上腹部逐步向外鼓起,经口慢慢呼气上腹部逐步向内回缩,放松呼吸。循环进行。

3. 腹式呼吸

腹式呼吸又称膈呼吸,是进行慢阻肺康复的重要措施,由于肺气肿的病理改变,膈肌受过度膨胀的挤压而下降,使膈肌的活动度减弱,患者的呼吸运动被迫由肋间肌和辅助呼吸肌来负担,即变成胸式呼吸。因为胸廓的扩度小,辅助呼吸肌又容易疲劳,所以胸式呼吸的效果要比腹式呼吸差。此外由于患者长期处于供氧不足的状态,精神紧张、烦躁不安又增加耗氧量,进一步加重呼吸急促,形成了恶性循环。

4. 缩唇呼吸方法(pursed-lip breathing)

利用这一方法增加呼气阻力,并向内传递至支气管,提高支气管内压力,以防止支气管及小支气管过早塌陷,以增加肺泡内气体的排出量。

5. 深慢呼吸训练

方法是吸气与呼气时间比为 1 : 2, 每次训练前, 先设置呼吸节律。随着训练次数的增多, 所设置的节律逐渐减慢。慢阻肺患者呼吸由于通气频率比较快, 呼吸幅度浅, 潮气量小, 解剖无效腔所占比例值增加, 在通气量一定的情况下, 肺泡通气量反而变小, 而缓慢呼吸则与之相反, 有助于提高肺泡通气量, 改善肺的通气效益。初练者应避免由过多的深呼吸而发生过度通气综合征, 可每练习 3~5 次后暂停数分钟, 然后再练, 如此反复直到完全掌握。

(四) 长期氧疗

慢阻肺患者由于通气功能障碍和通气/血流比例失调, 常导致缺氧和二氧化碳的潴留, 加重呼吸困难程度。每天持续低流量($<5\text{ L/min}$)吸氧 15 h, 可改善活动协调性、运动耐力和睡眠。

(五) 运动训练

常采用步行为主的有氧训练。通常可作最简单的 12 min 行走距离测定, 了解患者的活动能力。然后采用亚极量行走和登梯练习, 改善耐力。开始进行 5 min 活动, 休息适应后逐渐增加活动时间。当患者能忍受 20 min/次运动后, 即可以增加运动。每次运动后心率至少增加 20%~30%, 并在运动停止后 5~10 min 恢复至安静值。

(六) 提高上肢活动能力训练

可以用体操棒作高度超过肩部的各个方向的练习或高过头的上肢套圈练习, 还可手持重物(0.5~3 kg)作高于肩部的活动, 每活动 1~2 min, 休息 2~3 min。每日 2 次。

三、康复教育

1. 介绍呼吸道一般知识, 如呼吸道的解剖结构、呼吸肌的功能;
2. 介绍慢阻肺病因、病理生理、症状的正确评估。
3. 了解康复治疗的意义、方法和注意事项。
4. 正确、安全使用氧气。长期低流量吸氧可提高患者生存质量, 使慢阻肺患者的生存率提高 2 倍。在氧气使用过程中主要应防止火灾及爆炸, 在吸氧过程中应禁止吸烟。
5. 预防感冒发生。患者易感冒, 继发细菌感染后使支气管炎加重。可采用按摩, 冷水洗脸, 食醋熏蒸, 增强体质等方法来预防感冒。
6. 戒烟。各种年龄及各期的慢阻肺患者均应戒烟。戒烟有助于减少呼吸道黏液的分泌, 降低感染的危险性, 减轻支气管壁的炎症, 使支气管扩张剂发挥更有效的作用。

【考查案例】

患者,男,70岁,农民。

主诉:咳嗽,咳痰40年,气短,腹胀,腿肿2月,加重1月。

病史:年轻时开始吸烟,近40年经常咳嗽,咳痰,感冒时加重,严重时呈连续性咳嗽,夜间难以入睡。开始时咳少量黏稠白痰,后转为黄痰,早晨起床后量多,但无咳血。近2年多病情加重,咳嗽时常伴气喘,腹胀,上腹痛及两腿浮肿,严重时气喘不能平卧,进食量减少,尿量减少。曾在当地医院多次就诊,诊断为“气管炎”,用青霉素治疗可缓解。1个月来因感冒发热,咳喘加重,日夜不能休息,腹胀,腿肿更加严重,不能下地活动,特来求治。

入院检查:T38.3℃ P90次/min、R24次/min、BP140/90 mmHg,气急,神情紧张,神志清,查体合作。皮肤黏膜轻度发绀,颌下浅表淋巴结可触数枚,似蚕豆大。巩膜未黄染,副鼻窦压痛(+),咽红,扁桃体Ⅱ°肿大,紫绀,颈软,颈静脉怒张,气管居中,甲状腺不大。胸廓对称呈吸气状态,两肺语颤减弱,叩诊呈现过清音或鼓音,呼吸音普遍降低,满布干性啰音,两肺底散在湿啰音,心界未见增大,心前搏动减弱,未闻及器质性杂音。腹部轻度膨隆,肝肋下3 cm,质中,压痛(+).脾未触及,肠鸣音存在,腹水(±),肾区叩痛(+).

入院诊断:(1)慢性支气管炎;(2)慢性阻塞性肺气肿;(3)肺源性心脏病,Ⅲ°心衰。

问:如何进行体位引流、呼吸训练?

技能训练

技能一 心理护理技术

1. 支持性心理治疗

支持性心理治疗(supportive psychotherapy)是心理治疗中最基本的方法之一,适用于各种疾病。通过治疗者对患者的指导、劝解、鼓励、安慰和疏导的方法来支持和协助患者处理问题,适应所面对的现实环境,度过心理危机。支持性心理治疗并非帮助患者了解自己的潜在心理因素或动机,而在于帮助患者去适应目前所面对的现实。其特点是应用患者对治疗者的信赖帮助患者。主要的支持性心理治疗有以下几种。

(1)倾听 治疗者应倾听患者陈述,使患者感到治疗者的关心,从而坚定信心,协助分析患者发病及症状迁延的主客观因素,把患者康复的结局实事求是地告

诉患者,并告诉患者从哪些方面努力才能实现其愿望。调动患者的主观能动性,鼓励患者通过自己的努力改善功能。有时患者会对治疗者产生依赖,这将影响患者的康复。

(2) 解释 就是向患者说明道理,帮助患者解除顾虑、树立信心。当残疾发生后患者处于焦虑、易怒、恐惧、郁闷和悲观之中,缺乏对残疾的认识,治疗者及时给予解释可释去心理负担。

(3) 保证 患者对残疾表现出多疑和焦虑不安,治疗者根据患者的实际及时地以事实为依据,用坚定的语调和充满信心的态度,对预后进行肯定和保证,治疗者给予保证对改善患者情绪和康复是十分有益的。

2. 行为疗法

行为疗法(behavior therapy)又称行为矫正,是以学习理论为基础的一类心理治疗方法,应用学习理论来克服精神和心理障碍。人们通过后天学习,可以获得正常的适应社会的良好行为,反之通过后天学习获得的不适应社会的行为,也可以被矫正。

行为疗法的理论基础是行为主义理论中的学习学说、巴甫洛夫的经典条件反射学说及斯金纳的操作条件反射学说。基于实验心理学的研究成果,帮助患者消除或建立某种行为,从而达到治疗目的。

行为主义理论认为人的心理病态和各种不良或异常的行为,是在以往的生活经历中,通过“学习”过程而固定下来,同样可以通过“学习”来消除或纠正。操作性条件技术是根据斯金纳的操作条件反射原理,强调从个体操作活动中自己获得奖惩,即用奖励—强化法和处罚—消除法。斯金纳将行为分为两大类,一类为应答性行为,由特殊的可观察到的刺激引起,如瞳孔的对光反射;另一类为操作行为,是一种自发的行为,它的出现与环境发生的某些后果有关,婴儿啼哭可引来母亲的抚爱。

常用的治疗技术有松弛反应训练、系统脱敏法、满灌疗法、厌恶疗法、阳性强化疗法(代币法)、生物反馈疗法、冲击疗法、消极疗法、预防法、自我控制法、模仿法、认知行为疗法等。

(1) 松弛反应训练。这是一种通过自我调整训练,由身体放松进而导致整个身心放松,以对抗由于心理应激而引起交感神经兴奋的紧张反应,从而达到消除紧张和强身祛病目的的行为训练技术。一般的松弛反应训练方法,使用较多的是渐进性松弛法。此法可使被试者学会交替收缩或放松自己的骨骼肌群,同时能体验到自身肌肉的紧张和松弛的程度以及有意识地去感受四肢和躯体的松紧、轻重和冷暖的程度,从而取得松静的效果。我国的气功、印度的瑜伽和日本的坐禅等都能起到类似的作用。一般认为,不论何种松弛反应训练技术,只要产生松弛反应都必须包含四种成分:①安静的环境;②被动、舒适的姿势;③心情平静,肌肉放松;④精神内守(一般通过重复默念一种声音,一个词或一个短句来实现)。

(2) 系统脱敏疗法的理论基础是经典的条件反射与操作条件反射。基本假设:个体是通过学习获得了不适应的行为的;个体可以通过学习消除那些习得的不适应行为,也可通过学习获得所缺少的适应性行为。采用系统脱敏疗法进行治疗应包括三个步骤:

①建立恐怖或焦虑的等级层次。这一步包含两项内容:一是找出所有使求治者感到恐怖或焦虑的事件。二是将求治者报告出的恐怖或焦虑事件按等级程度由小到大的顺序排列。

②放松训练。一般需要 6~10 次练习,每次历时半小时,每天 1~2 次,以达到全身肌肉能够迅速进入松弛状态为合格。

③分级脱敏练习。在完成以上两项工作之后,即进入系统脱敏练习。系统脱敏在求治者完全放松的状态下进行,这一过程分为三个步骤进行:一是放松。二是想象脱敏训练。由施治者做口头描述,并要求对方在能清楚地想象此事时,便伸出一个手指头来表示。然后,让求治者保持这一想象中的场景 30 s 左右。想象训练一般在安静的环境中进行,想象要求生动逼真,像演员一样进入角色,不允许有回避停止行为产生,一般忍耐 1 h 左右视为有效。实在无法忍耐而出现严重恐惧时,采用放松疗法对抗,直到达到最高级的恐怖事件的情景也不出现惊恐反应或反应轻微而能忍耐为止。一次想象训练不超过 4 个等级,如果在某一级训练中仍出现较强的情绪反应,则应降级重新训练,直至完全适度。三是实地适应训练。这是治疗的关键步骤,也是从最低级到最高级,逐级训练,以达到心理适应。一般均重复多次,直到情绪反应完全消除,方进入下一等级。每周治疗 1~2 次,每次 30 min 左右。比如对一个过分害怕猫的人,在治疗中,便可先让她看猫的照片,谈猫的事情;等到看惯了,不害怕了,再让她接触形象逼真的玩具猫,再让她靠近笼子里的猫,接着慢慢伸手去摸,最后去抱猫,逐渐除去怕猫的情感反应。

(3) 厌恶疗法是一种帮助人们(包括患者)将所要戒除的靶行为(或症状)同某种使人厌恶的或惩罚性的刺激结合起来,通过厌恶性条件作用,从而达到戒除或减少靶行为出现的目的。这一疗法也是行为治疗中最早和最广泛地被应用的方法之一。在临床上多用于戒除吸烟、吸毒、酗酒、各种性行为异常和某些适应不良性行为,也可以用于治疗某些强迫症。厌恶刺激可采用疼痛刺激(如橡皮圈弹痛刺激和电刺激)、催吐剂(如阿扑吗啡)和令人难以忍受的气味或声响刺激等,也可以采取食物剥夺或社会交往剥夺措施等,还可以通过想象作用使人在头脑中出现极端憎厌或无法接受的想象场面,从而达到厌恶刺激强化的目的。例如,要戒除酗酒的不良行为,可以在酗酒者个人生活习惯中最喜欢喝酒的时刻进行,使用催吐吗啡或电击等惩罚性刺激,造成对酒的厌恶反应,从而阻止并消除原来酗酒的不良行为。又如,戒烟,可以采用“戒烟糖”、“戒烟漱口水”等,都可以直接或间接使吸烟者在吸烟

时感觉到一种难受的气味,而对吸烟产生厌恶感,以至最终放弃吸烟的不良行为。

(4) 满灌疗法的治疗原理是恐惧行为是一种条件反应,某一事物或情境在一个人身上所引起的恐惧体验会激发他产生逃避行为,而不管此事物或情境是否真的构成了对他的威胁。这种逃避行为会导致恐惧体验增强,从而起着负性强化作用,反过来增强其逃避行为。与其逃避,不如让病人面对恐惧的刺激。满灌疗法常被用来治疗焦虑症和恐惧症。满灌疗法一般采用想象或模拟的方式,也可以让病人直接进入令其最恐怖、焦虑的现实场景,即直接与令其最恐怖、焦虑的对象接触,并尽力设法使病人坚持。一般只要坚持,恐怖、焦虑反应就会消退。

(5) 生物反馈治疗(biofeedback therapy)利用现代电子仪器,将人体内的心理生理活动的生物信息(如肌电、皮温、皮电、心率、脑电、脉搏及血压等)转化为声、光或屏幕图像等反馈信号呈现给患者,患者根据不断反馈的信号学习,调节自身的心理、生理活动,使其生理功能恢复或保持在一个合适的水平,从而使疾病得到治疗和康复,达到治疗的目的。

人体的内脏活动和某些躯体活动是受自主神经系统支配的,不受意识的随意控制(如心血管活动、血糖、皮肤温度等)。生物反馈训练就是运用操作条件反射的原理,在仪器的帮助下,训练个体用意识来控制这些不随意活动,这种能将个体的生物信息转换为物理信号并反馈给本人的电子仪器叫生物反馈仪。常见的生物反馈仪有肌电反馈仪、皮温反馈仪、皮电反馈仪、脑电反馈仪及血压脉搏反馈仪等。

常用生物反馈治疗方法有肌电反馈疗法、皮温反馈疗法、皮电反馈疗法、脑电反馈疗法等,适用于焦虑症、恐惧症、高血压、支气管哮喘、紧张性头痛、书写痉挛、瘫痪(周围神经及中枢神经损伤)、癫痫和慢性精神分裂症等。

3. 认知疗法

认知疗法(cognitive therapy)是根据认知过程影响情感和行为的理论假设,通过认知和行为技术来改变患者的不良认知,从而使患者的情感和行为得到相应改变的一类心理治疗方法。所谓不良认知,是指歪曲的、不合理的、消极的信念和思想。心理障碍的产生是由于错误的认知,而错误的认知导致异常的情绪反应(如抑郁、焦虑等)。通过挖掘,发现错误的认知,加以分析、批判,代之以合理的、现实的认知,就可以解除患者的痛苦,使之更好地适应现实环境。

对慢性病患者,要让他接受疾病存在的事实,既不要自怨自责,更不要怨天尤人,要看到适应能力可通过锻炼而改善,且能使器官功能处于一种新的动态平衡,从而更好地执行各种康复措施。激发其奋发向上的斗志,积极主动地克服困难,争取各项功能的最佳康复。

认知疗法一般分为四个治疗过程:

(1) 建立求助的动机 在此过程中,要认识适应不良的认知—情感—行为类

型。病人和治疗医师对其问题达成认知解释上意见的统一;对不良表现给予解释并且估计矫正所能达到的预期结果。比如,可让病人自我监测思维、情感和行为,治疗医师给予指导、说明和认知示范等。

(2) 适应不良性认知的矫正 在此过程中,要使病人发展新的认知和行为来替代适应不良的认知和行为。比如,治疗医师指导病人广泛应用新的认知和行为。

(3) 在处理日常生活问题的过程中 用新的认知对抗原有的认知。在此过程中,要让病人练习将新的认知模式用到社会情境之中,取代原有的认知模式。比如,可使病人先用想象方式来练习处理问题或模拟一定的情境或在一定条件下让病人以实际经历进行训练。

(4) 改变有关自我的认知 在此过程中,作为新认知和训练的结果,要求病人重新评价自我效能以及自我在处理认知和情境中的作用。比如,在练习过程中,让病人自我监察行为和认知。

适应症:情绪障碍、抑郁症、焦虑症、抑郁性神经症、强迫症、恐惧症、行为障碍、人格障碍、性变态、性心理障碍、偏头痛、慢性结肠炎等身心疾病。

认知疗法不同于传统的行为疗法,因为它不仅重视适应不良性行为的矫正,而且更重视改变病人的认知方式和认知—情感—行为三者的和谐。同时,认知疗法也不同于传统的内省疗法或精神分析,因为它重视目前病人的认知对其心身的影响,即重视意识中的事件而不是无意识。内省疗法则重视既往经历特别是童年经历对目前问题的影响,重视无意识而忽略意识中的事件。认知疗法的基本观点是:认知过程及其导致的错误观念是行为和情感的中介,适应不良行为和情感与适应不良性认知有关。心理护理的任务就是与病人共同找出这些适应不良性认知,并提供“学习”或训练方法矫正这些认知,使病人的认知更接近现实和实际。随着不良认知的矫正,病人的心理障碍亦逐步好转。

4. 社会技能训练

个体处于社会环境中,其行为正常与不正常是从周围特定的环境中得来的,有些行为在社会环境中得到强化,有些则在社会环境中消除。社会技能一般是指一个人有效地应付日常生活中的需求和挑战能力,它使一个人保持良好的精神状态,在他所处的社会文化环境中,在与他人的交往中表现出适当的和健康的行为。它包括:①处理问题技能;②思维技能;③人际交往技能;④自我定向技能;⑤控制情感及行为技能。

社会技能训练用于矫正各种行为问题和增进社会适应能力,以训练对象的需求和问题为中心,强调主动性、积极性、参与性和操作性相结合,强调各种心理机能的实用性,强调训练对象对社会技能的掌握程度。

5. 集体心理治疗

集体心理治疗(group psychotherapy)又称团体心理治疗,是一种特殊的治疗

方式,它相对于个别心理治疗而言,是指由 1~2 位治疗者主持,以集体为对象的心理治疗。

(1) 集体心理疗法为残疾人互相帮助提供场所和交流机会

残疾人由于身患残疾,得到社会 and 家庭的照顾多,却很少有机会给别人帮助,这样形成的心理是不平衡的。

(2) 集体心理疗法改善患者的社会适应能力

由于残疾的存在,社会地位的变化,心理上的打击,使残疾人的性格和行为发生变化。易冲动,易攻击,或被动消极,自我为中心,加之与社会隔离,人际关系困难,思维缓慢,对社会也变得生疏,使他们渐渐地不适应社会。集体心理疗法的突出优点,是使残疾人通过集体活动,改变他们的行为,重新认识社会和适应社会。

(3) 集体心理疗法促进残疾人之间及家人之间的相互支持

残疾人尽管个人背景和残疾程度不同,但他们在与残疾造成的命运进行搏斗却是相同的。他们同健全人相比是弱者,因而难免感到自卑。集体心理疗法让残疾人聚集在一起,使他们觉得平等、温暖、和谐,可以深情地倾诉,在从治疗者及其他残疾人的言谈中得到激励和支持。

技能二 体位引流技术

1. 体位引流的原则

体位的摆放以支气管解剖为基础。应将病变部位置于高处,使引流支气管的开口向下,痰可以顺体位引流排出。

2. 体位引流方法(见图 1.1.1)

每日做 2~4 次,每次一个部位引流 5~10 min,总治疗时间 30~45 min,因为夜间支气管纤毛运动减弱,气道分泌物易于睡眠时潴留,故在早晨清醒后做体位引流最有效。体位引流期间应配合饮温水、支气管湿化、雾化吸入、化痰和解除支气管痉挛药物、胸部扩张练习、呼吸的控制等。有效咳嗽及局部胸壁叩击和震颤都可以增加疗效。为了预防胃食管反流、恶心和呕吐,应在饭后 1~2 h 进行头低位引流,操作过程中注意生命体征的监测。

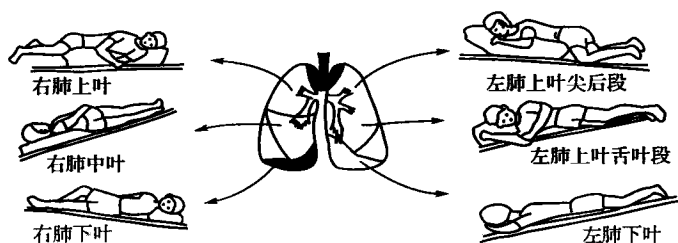


图 1.1.1 体位引流