

# 基于药学服务的心理干预在社区原发性高血压患者治疗中的作用<sup>△</sup>

何源<sup>1\*</sup>, 杨帆<sup>2</sup>, 王宏亮<sup>3</sup>, 李秀云<sup>3</sup>, 郑爱明<sup>1#</sup> (1. 南京医科大学医政学院, 南京 211166; 2. 江苏师范大学教育科学学院, 江苏徐州 221116; 3. 南京市模范西路社区卫生服务中心, 南京 210009)

中图分类号 R395 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2016)23-3291-04  
DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2016.23.42

**摘要** 目的: 评价基于药学服务的心理干预在社区原发性高血压患者治疗中的作用。方法: 选择2013年南京市鼓楼区某社区卫生服务中心收治的原发性高血压患者172例, 采用简单随机化方法分为对照组(87例)和干预组(85例)。对照组患者仅给予常规降压药物及管理, 干预组患者在此基础上行药学服务和心理干预, 治疗时间均为6个月。比较治疗前后两组患者血压控制、用药依从性、用药知识掌握情况及健康状况。结果: 治疗前, 两组患者收缩压(SBP)、舒张压(DBP)比较, 差异均无统计学意义( $P>0.05$ ); 治疗后, 两组患者SBP、DBP均显著低于同组治疗前, 且干预组患者显著低于对照组, SBP、DBP的下降幅度显著大于对照组, 差异均有统计学意义( $P<0.01$ )。干预开始1个月后, 两组用药依从性佳者的比例比较, 差异无统计学意义( $P>0.05$ ); 干预结束1个月后, 干预组用药依从性佳者的比例显著高于同组干预开始1个月后, 且显著高于对照组, 差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。治疗前, 两组患者用药知识掌握情况比较, 差异均无统计学意义( $P>0.05$ ); 治疗后, 干预组用药知识掌握良好及优秀的患者比例显著高于同组治疗前, 且显著高于对照组, 差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。治疗前, 两组患者自测健康评定量表生理、心理、社会健康子量表及总量表评分比较, 差异均无统计学意义( $P>0.05$ ); 治疗后, 对照组患者生理健康子量表及总量表评分、干预组患者各子量表及总量表评分均显著高于同组治疗前, 且干预组心理、社会健康子量表及总量表评分均显著高于对照组同期, 差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。结论: 基于药学服务的心理干预可有效促进社区原发性高血压患者血压控制, 提高患者用药的依从性和用药知识的掌握程度, 改善患者的健康状况和心理状态, 值得在社区卫生服务中推广与应用。

**关键词** 原发性高血压; 药学服务; 心理干预; 社区

## Effect of Psychological Intervention Based on Pharmaceutical Care on the Community Patients with Essential Hypertension

HE Yuan<sup>1</sup>, YANG Fan<sup>2</sup>, WANG Hongliang<sup>3</sup>, LI Xiuyun<sup>3</sup>, ZHENG Aiming<sup>1</sup> (1. School of Health Policy and Management, Nanjing Medical University, Nanjing 211166, China; 2. School of Education Science, Jiangsu Normal University, Jiangsu Xuzhou 221116, China; 3. Community Health Service Center of Mofan West Road of Nanjing City, Nanjing 210009, China)

**ABSTRACT** OBJECTIVE: To evaluate the effect of psychological intervention based on pharmaceutical care on the community patients with essential hypertension. METHODS: 172 patients with essential hypertension in a community health service center in Nanjing Gulou area in 2013 were divided into control group ( $n=87$ ) and intervention group ( $n=85$ ) by simple random method. Control group received conventional antihypertensive drugs and management, intervention group additionally received pharmaceutical care and psychological intervention, it lasted 6 months. Blood pressure controlling, drug compliance, mastery of drug knowledge and health status in 2 groups before and after treatment were compared. RESULTS: Before treatment, there were no significant differences in the systolic blood pressure (SBP) and diastolic blood pressure (DBP) between 2 groups ( $P>0.05$ ); after treatment, SBP and DBP in 2 groups were lower than before, SBP and DBP in intervention group were lower than control group, the decrease degree of SBP and DBP was bigger than control group, the differences were statistically significant ( $P<0.01$ ). 1 month after the beginning of intervention, there was no significant difference in the proportion of drug compliance between 2 groups ( $P>0.05$ ); 1 month after the end of the intervention, the proportion of drug compliance in intervention group was higher than 1 month after the beginning of intervention and control group, the differences were statistically significant ( $P<0.05$ ). Before treatment, there was no significant difference in mastery of drug knowledge between 2 groups ( $P>0.05$ ); after treatment, the proportion of patients showed good and excellent mastery of drug knowledge was higher than before and control group, the differences were statistically significant ( $P<0.05$ ). Before treatment, there were no significant differences in scores of physical, mental, social health subscale and SRHMS between 2 groups ( $P>0.05$ ); after treatment, scores of physical health subscale and SRHMS in control group, each subscale and total scale scores in intervention group were higher than before, and scores of mental, social health subscale and SRHMS in intervention group were higher than control group, the differences were statistically significant ( $P<0.05$ ). CONCLUSIONS: The psychological intervention based on pharmaceutical care can effectively promote the con-

△ 基金项目: 江苏省高校自然科学研究面上项目(No.12KJB180008); 江苏省高校哲学社会科学基金项目(No.2012SJB190007); 江苏省大学生心理健康教育中心(江宁基地)研究规划课题(No.JNJD201519)

\* 副教授, 硕士生导师, 博士。研究方向: 心理学及临床心理治疗。电话: 025-86868507。E-mail: heyuan@njmu.edu.cn

# 通信作者: 副教授, 硕士生导师, 博士。研究方向: 心理学及临床心理治疗。电话: 025-86868507。E-mail: amzheng@njmu.edu.cn

trol of blood pressure, improve drug compliance, mastery of drug knowledge, health status and mental situation, which is worth of popularizing and applying in community health services.

**KEYWORDS** Essential hypertension; Pharmaceutical care; Psychological intervention; Community

近年来,我国高血压的患病率呈上升趋势。最新的居民营养与慢性病状况调查结果显示,2012年全国18岁及以上成年人高血压的患病率为25.2%,较2002年大幅上升<sup>[1]</sup>。高血压病因复杂、病程迁延、治愈率低、并发症多,使患者及其家属承受了巨大的精神和经济压力。心理压力成为人类原发性高血压的危险因素之一,多数高血压患者往往伴有焦虑、抑郁等心理疾病,严重影响其生活质量<sup>[2]</sup>。相关研究表明,将心理干预运用于高血压的防治,可避免不良社会、心理因素对患者的诱导作用,降低高血压的发病率及病死率<sup>[3]</sup>。药学服务是药学人员利用药学专业知识和工具,向社会公众提供的与药物相关的服务,其目的是为了获取改善患者生命质量的肯定结果<sup>[4]</sup>。作为社区慢性非传染性疾病的主要构成之一,高血压的治疗是一个长期过程,且需联合用药。发达国家的实践证明,社区药师开展的药学服务可减轻患者由于长期服药所致的药品不良反应,降低医疗费用,保证用药安全、有效,提升患者生活质量<sup>[5]</sup>。然而,将心理干预与药学服务相结合,在提供药学服务的同时对社区原发性高血压患者实施心理干预,这类实践活动在国内尚不多见。因此,本研究采用随机对照现场干预试验方法,以社区卫生服务机构收治的原发性高血压患者为研究对象,在实施药学服务的基础上开展心理干预,评价基于药学服务的心理干预模式对原发性高血压患者的血压控制及整体健康状况改善的效果。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

以2013年南京市鼓楼区某社区卫生服务中心收治的原发性高血压患者为研究对象。纳入标准:根据世界卫生组织(WHO)推荐的高血压诊断标准,以收缩压(SBP)≥140 mm Hg(18.7 kPa, 1 mm Hg=0.133 kPa)和/或舒张压(DBP)≥90 mm Hg(12.0 kPa)作为判断标准,且既往无高血压病史,初次诊断为原发性高血压者。排除标准:继发性高血压患者。

共纳入原发性高血压患者172例,其中男性85例,女性87例。采用简单随机化方法,将患者分为对照组和干预组。对照组患者87例,男性33例,女性44例,平均年龄(60.70±10.95)岁,平均体质量(66.77±9.97)kg;干预组患者85例,男性42例,女性43例,平均年龄(61.40±13.34)岁,平均体质量(66.84±10.81)kg。两组患者年龄、性别、体质量、并发症及高血压家族史等方面的差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 干预方法

根据《中国高血压基层管理指南》(2014年修订版)的相关标准与条例<sup>[6]</sup>,对照组给予常规降压药物治疗及常规管理;干预组在此基础上,同时给予药学服务和心理干预,治疗时间均为6个月(2013年10月—2014年3月)。

组建由4名社区药师和4名心理咨询师构成的研究组,分为4个小组,各由1名社区药师和1名心理咨询师搭档。本课题组对社区药师和心理咨询师进行了为期2周的培训,制订了统一的药学服务和心理干预方案,确保各组干预内容、步骤和频率的一致性,并对干预过程进行严格把控。药学服务和心理干预措施如下:

1.2.1 合理用药教育 由社区药师定期开展健康知识和药物治疗科普讲座,向患者介绍常用药品基本信息、药物治疗的预

期效果、药品不良反应及应急处理方法等,并为每位患者建立用药及健康档案,定期上门服务,解决其用药问题,同时提供药物审核、药物相互作用及不良反应监测等服务,及时纠正错误的用药习惯,提高用药依从性,消除不合理用药的患方因素。每2周干预1次,每次1 h左右。

1.2.2 健康教育 由社区药师组织患者在健康教育室内进行,包括:(1)发放宣教材料、开展高血压知识讲座。让患者了解不良生活习惯(吸烟、酗酒,高盐、高脂、高胆固醇饮食等)与心血管疾病的关系,动员其戒烟、合理膳食、适量运动。(2)强化成功经验。鼓励患者回忆并分享改正不良生活习惯的经验及其对高血压控制的影响,及时强化患者戒烟、限酒的意愿。(3)重视榜样作用,增强其信心。(4)设立目标,制定行动计划。每2周干预1次,每次2 h左右。

1.2.3 心理干预 由心理咨询师对患者进行认知行为干预,即认知行为治疗(CBT)。通过自我审视和自我觉察来识别和了解患者的心理状态,并根据其心理调查问卷结果,采用评估和挑战想法、评估假设和规则、促进和转移刺激控制、行为技能训练及习惯扭转疗法等措施与方法,对重点议题(如何控制与调节负面情绪、如何增强社会适应能力等)实施针对性地治疗。干预采用小组方式进行,每组15人,6个月内共干预10~15次,每次1.5 h。

1.2.4 音乐与松弛疗法 选录舒缓、优美的音乐,在合理用药及健康教育、心理干预前播放20 min,由社区药师和心理咨询师指导患者学习科学放松,保持心境平和,以降低交感神经的兴奋性,缓解血管壁的紧张度,采用团体或小组的方式进行,团体干预不超过60人,小组干预不超过20人。此项干预可贯穿在讲座、团体训练等过程中,患者掌握后亦可自行实施,不限次数。

1.2.5 社会支持 采用入户访视、经验交流、电话随访等方式进行,包括:(1)家庭成员支持。鼓励家庭成员参与高血压患者的治疗过程,鼓励其主动关心、激励患者,监督其用药及血压控制情况。(2)同伴支持。以社区卫生服务中心为宣教地点,鼓励患者与病友进行交流,分享防治高血压的经验,相互鼓励和学习。(3)社区支持。在社区卫生服务中心和居委会的宣传栏中张贴防治高血压的信息,每期1个主题,每2周更新1次;公开社区药师的联系方式,以便患者及时沟通;开展电话随访,指导患者用药,并跟踪了解其血压控制情况。社会支持贯穿于研究的全过程,由社区药师和心理咨询师共同完成。

### 1.3 测量工具与评价方法

1.3.1 血压值测量工具 由社区药师采用标准水银柱血压计测量患者右臂坐位血压,每周测量3次。

1.3.2 用药依从性的评价 患者的依从性直接关系到高血压的病情发展和治疗效果<sup>[7]</sup>。本研究采用改良的Morisky问卷<sup>[8]</sup>对两组患者的用药依从性进行评价,考察的内容包括:(1)您是否有忘记服药的经历?(2)您是否有时不注意服药?(3)当您自觉病情改善时,是否曾停药?(4)当您服药后自觉症状加重时是否曾停药?以上4个问题均以“是”或“否”回答;若4个问题皆为“否”,则用药依从性为“佳”;有一个及以上为“是”,则用药依从性为“差”。分别于干预开始及结束1个月后进行用药依从性评价。

1.3.3 用药知识掌握情况的评价 通过自编问卷来评价两组

患者对高血压用药知识的掌握情况。问卷共设置10个题目,包括常用高血压药物的名称、用法用量、服药时间、治疗目标、药物保存方法、主要不良反应及其防治、药物-食物相互作用、药物-药物相互作用及并发症。患者答对1题,可得1分,满分为10分。9~10分判定为优秀,6~8分为良好,<6分为较差。分别于治疗前后考察两组患者用药知识掌握情况。

1.3.4 健康状况的评价<sup>[9]</sup> 采用自测健康评定量表(SRHMS)对高血压患者的健康状况进行评价。该量表由自测生理、心理和社会健康3个评定子量表组成,共48个条目,各条目的理论最高值为10,最低值为0;3个评定子量表及总量表评分的理论最高值分别为170、150、120、440,适用于≥14岁人群的健康测量。SRHMS的得分高低可直接反映患者的健康状况,得分越高说明健康状况越好。分别于治疗前后向两组患者发放

表1 两组患者降压效果比较( $\bar{x} \pm s$ )

Tab 1 Comparison of antihypertensive effect between 2 groups( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	SBP, mm Hg			DBP, mm Hg		
		治疗前	治疗后	下降幅度	治疗前	治疗后	下降幅度
对照组	87	153.39 ± 11.95	136.51 ± 11.22*	16.89 ± 4.06	96.71 ± 7.76	83.05 ± 7.59*	13.67 ± 1.66
干预组	85	155.29 ± 11.98	130.32 ± 10.92**	24.97 ± 4.34*	96.64 ± 8.97	79.48 ± 8.99**	17.15 ± 2.43*

注:与治疗前比较,\* $P < 0.01$ ;与对照组比较,\*\* $P < 0.01$

Note: vs. before treatment, \* $P < 0.05$ ; vs. control group, \*\* $P < 0.05$

## 2.2 两组患者用药依从性比较

干预开始1个月后,两组用药依从性佳者的比例比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。干预结束1个月后,干预组用药依从性佳者的比例显著高于同组干预开始1个月后,且显著高于对照组同期;干预组用药依从性差者的比例显著低于同组干预开始1个月后,且显著低于对照组同期,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。两组患者用药依从性比较见表2。

表2 两组患者用药依从性比较[例(%)]

Tab 2 Comparison of drug compliance between 2 groups [case(%)]

组别	n	干预开始1个月后		干预结束1个月后	
		佳	差	佳	差
对照组	87	26(29.89)	61(70.11)	35(40.23)	52(59.77)
干预组	85	23(27.06)	62(72.94)	69(81.18)**	16(18.82)**

注:与干预开始1个月后比较,\* $P < 0.05$ ;与对照组比较,\*\* $P < 0.05$

Note: vs. 1 month after treatment, \* $P < 0.05$ ; vs. control group, \*\* $P < 0.05$

表3 两组患者用药知识掌握情况比较[例(%)]

Tab 3 Comparison of mastery of drug knowledge between 2 groups [case(%)]

组别	n	<6分(较差)		6~8分(良好)		9~10分(优秀)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	87	55(63.22)	50(57.47)	31(35.63)	36(41.38)	1(1.15)	1(1.15)
干预组	85	53(62.35)	32(37.65)**	28(32.94)	42(49.41)**	4(4.71)	11(12.94)**

注:与治疗前比较,\* $P < 0.05$ ;与对照组比较,\*\* $P < 0.05$

Note: vs. before treatment, \* $P < 0.05$ ; vs. control group, \*\* $P < 0.05$

表4 两组患者治疗前后SRHMS评分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

Tab 4 Comparison of SRHMS scores between 2 groups before and after treatment( $\bar{x} \pm s$ , score)

组别	n	生理健康子量表		心理健康子量表		社会健康子量表		总量表	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	87	85.61 ± 29.56	102.61 ± 24.36*	98.07 ± 31.63	98.66 ± 31.15	78.97 ± 28.19	79.49 ± 26.89	262.64 ± 60.50	280.76 ± 53.96*
干预组	85	88.42 ± 26.99	110.89 ± 21.55*	94.78 ± 29.29	119.16 ± 20.70**	78.40 ± 26.80	100.53 ± 16.42**	261.60 ± 57.62	330.59 ± 34.87**

注:与治疗前比较,\* $P < 0.05$ ;与对照组比较,\*\* $P < 0.05$

Note: vs. before treatment, \* $P < 0.05$ ; vs. control group, \*\* $P < 0.05$

## 3 讨论

高血压是最为常见的心脑血管慢性疾病之一,严重危害国

SRHMS,患者如实填写后,由研究人员当场收回。

## 1.4 统计学方法

采用SPSS 17.0软件对所得数据进行统计分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用独立样本 $t$ 检验,组内治疗前后比较采用配对 $t$ 检验;计数资料以率表示,组间比较采用 $\chi^2$ 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者降压效果比较

治疗前,两组患者的SBP、DBP比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。经过6个月治疗后,两组患者的SBP、DBP均显著低于同组治疗前,且干预组患者的SBP、DBP显著低于对照组,SBP、DBP的下降幅度大于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )。两组患者降压效果比较见表1。

表1 两组患者降压效果比较( $\bar{x} \pm s$ )

Tab 1 Comparison of antihypertensive effect between 2 groups( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	SBP, mm Hg			DBP, mm Hg		
		治疗前	治疗后	下降幅度	治疗前	治疗后	下降幅度
对照组	87	153.39 ± 11.95	136.51 ± 11.22*	16.89 ± 4.06	96.71 ± 7.76	83.05 ± 7.59*	13.67 ± 1.66
干预组	85	155.29 ± 11.98	130.32 ± 10.92**	24.97 ± 4.34*	96.64 ± 8.97	79.48 ± 8.99**	17.15 ± 2.43*

注:与治疗前比较,\* $P < 0.01$ ;与对照组比较,\*\* $P < 0.01$

Note: vs. before treatment, \* $P < 0.05$ ; vs. control group, \*\* $P < 0.05$

### 2.2 两组患者用药知识掌握情况比较

治疗前,两组用药知识掌握较差、良好及优秀的患者比例比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后,干预组用药知识掌握良好及优秀的患者比例显著高于同组治疗前,且显著高于对照组同期;干预组用药知识掌握较差的患者比例显著低于同组治疗前,且显著低于对照组同期,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。两组患者用药知识掌握情况比较见表3。

### 2.3 两组患者SRHMS评分比较

治疗前,两组患者SRHMS生理、心理、社会健康子量表及总量表评分比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后,对照组患者生理健康子量表及总量表评分、干预组患者各子量表及总量表评分均显著高于同组治疗前,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ );且干预组患者心理、社会健康子量表及总量表评分均显著高于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。两组患者治疗前后SRHMS评分比较见表4。

表3 两组患者用药知识掌握情况比较[例(%)]

Tab 3 Comparison of mastery of drug knowledge between 2 groups [case(%)]

组别	n	<6分(较差)		6~8分(良好)		9~10分(优秀)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	87	55(63.22)	50(57.47)	31(35.63)	36(41.38)	1(1.15)	1(1.15)
干预组	85	53(62.35)	32(37.65)**	28(32.94)	42(49.41)**	4(4.71)	11(12.94)**

注:与治疗前比较,\* $P < 0.05$ ;与对照组比较,\*\* $P < 0.05$

Note: vs. before treatment, \* $P < 0.05$ ; vs. control group, \*\* $P < 0.05$

表4 两组患者治疗前后SRHMS评分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

Tab 4 Comparison of SRHMS scores between 2 groups before and after treatment( $\bar{x} \pm s$ , score)

组别	n	生理健康子量表		心理健康子量表		社会健康子量表		总量表	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	87	85.61 ± 29.56	102.61 ± 24.36*	98.07 ± 31.63	98.66 ± 31.15	78.97 ± 28.19	79.49 ± 26.89	262.64 ± 60.50	280.76 ± 53.96*
干预组	85	88.42 ± 26.99	110.89 ± 21.55*	94.78 ± 29.29	119.16 ± 20.70**	78.40 ± 26.80	100.53 ± 16.42**	261.60 ± 57.62	330.59 ± 34.87**

注:与治疗前比较,\* $P < 0.05$ ;与对照组比较,\*\* $P < 0.05$

Note: vs. before treatment, \* $P < 0.05$ ; vs. control group, \*\* $P < 0.05$

民健康及患者生活质量。在为高血压患者提供药学服务的基础上,同时实施心理干预,可帮助其消除负性情绪、稳定心态、

树立战胜疾病的信心、防范不良情绪对自身健康的危害,从而提高药物治疗的效果,改善患者的生活质量。然而,目前国内对高血压的防治,很少将药学服务与心理干预相结合,且研究对象大多为大型医院的住院患者,甚少在社区进行<sup>[10]</sup>。故本研究采用随机对照现场干预试验方法,以社区药师实施的药学服务为载体,对社区原发性高血压患者实施心理干预,以促进高血压患者合理用药,加强降压效果,提高患者健康水平。

### 3.1 药学服务可提高患者用药依从性及用药知识掌握水平

在本研究中,由社区药师领导的药学服务团队深入社区开展现场咨询,通过举办合理用药知识讲座、派发宣传材料等,向患者介绍用药知识,并通过改良的Morisky问卷及自编问卷进行用药依从性及用药知识掌握水平的评价。在治疗前,两组患者用药依从性佳者均 $<30\%$ , $60\%$ 以上的患者对用药知识的掌握较差,对其了解仅停留在药品名称、用法、服药时间和治疗目标等基础知识上。经过6个月的药学服务后,干预组患者用药依从性佳者的比例明显升高,更多的患者能熟悉高血压药物常见的不良反应及其防范方法、药物-药物相互作用及药物-食物相互作用等,表明良好的社区药学服务可有效提高患者的用药依从性和用药知识的掌握水平。

### 3.2 基于药学服务的心理干预可增强患者的降压效果

现代医学认为,心理因素的影响贯穿于疾病的整个过程,情绪低落忧伤、精神压抑等负面情绪能抑制自身免疫系统的正常功能,使机体对疾病的抵抗力降低<sup>[11]</sup>。研究证明,焦虑等心理因素作为应激传入脑内,会导致患者精神紧张、情绪低落或心神不定等,并引发焦虑等负向情绪;以焦虑、抑郁为代表的负向情绪可增加高血压发展的危险性,不利于血压的控制。本研究结果表明,干预组患者的降压效果明显优于对照组,其原因可能是对照组患者仅采用常规药物治疗,而干预组患者还增加了药学服务和心理干预,减少了患者焦虑、抑郁等负向情绪对血压的影响,使患者平稳降压。本研究结果与Abqrall-Barbry G等<sup>[12]</sup>的结果相似,提示在药学服务的基础上实施心理干预,可增强患者的降压效果。

### 3.3 基于药学服务的心理干预可改善患者的心理和社会健康状况

研究显示,各种心理因素与高血压的发生、发展和转归密切相关<sup>[13]</sup>。在本研究中,干预组患者在常规药物治疗的基础上,除药学服务外,还实施了认知行为、社会支持等干预,以改善患者的心理状态、缓解其焦虑、增强其战胜疾病的信心和能力。经6个月干预后,对照组患者生理健康子量表和总量表的评分高于同组治疗前;而干预组患者除生理健康子量表和总量表评分上升外,心理健康及社会健康子量表的评分也显著高于同组治疗前,提示心理干预措施取得了预期的效果。

### 3.4 在药学服务的基础上实施心理干预丰富了社区卫生服务实践的内涵

在我国,社区卫生服务通常并不包括药师为患者提供面对面的专业化服务,本研究不仅在社区慢性病防治中引入了药学服务,同时也融入了心理干预的实践,由4名社区药师和4名心理咨询师合作完成全部干预。4名药师均毕业于国内医学院校的药学或临床药学专业,在本科学习阶段均已接受过医患沟通、药学服务等与心理学有关的学科教育,并已在药学实践岗位上工作至少5年,具有一定的沟通能力和工作经验;4名心理咨询师均通过国家心理咨询师二级考试,获得相应证书,并接受过基本医疗卫生知识的培训。在干预过程中,药师和心理咨询师分工明确,均运用自身专业知识为高血压患者开展服务。通过实践证明,药学服务和心理干预的综合干预模式取得了良好的效果,可有效促进患者血压控制与健康恢

复,提高合理用药水平,改善患者心理状态,值得在社区卫生服务中推广与应用。在新一轮医疗卫生体制改革的背景下,该模式将有利于卫生人员与社区居民建立新型的医患关系,提高高血压等慢性病患者的生活质量。

## 4 结语

本研究在药学服务的基础上融入了心理干预的内容,由药师和心理咨询师组成的多学科团队对社区原发性高血压患者实施综合干预,取得了良好效果,国内尚未有类似研究的报道。笔者认为,在高血压等慢性病发病率逐年增高的背景下,该项研究具有一定的新颖性和良好的推广前景。在研究实施的过程中,笔者发现,合理用药、健康教育等药学服务与心理干预的活动分别独立由药师和心理咨询师实施,两者的契合度还有待进一步提高。由于缺乏一定的药学和医学知识背景,心理咨询师实施的各种心理干预活动尚不能与疾病特点相结合,部分患者参与的积极性不高,有的甚至出现了抵触情绪,也使得心理咨询师较难与患者及其家属进行深入交流与沟通,影响了心理干预的效果。此外,由4名药师和4名心理咨询师共同完成为期6个月的基于药学服务的心理干预活动需要较高的人力资源投入,而本研究尚未对干预的投入和产出进行比较,有待于开展后续的成本-效果分析,以评价综合干预模式的经济性。

## 参考文献

- [1] 林晓斐.《中国居民营养与慢性病状况报告:2015年》发布[J]. 中医药管理杂志,2015,23(13):79.
- [2] 胡泊,刘晓宇,郭春月,等. 中年人群心理压力与高血压的关系及性别差异[J]. 现代预防医学,2015,42(23):4 317.
- [3] 贾智. 心理干预联合药物综合治疗高血压100例分析[J]. 检验医学与临床,2011,8(4):398.
- [4] Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care[J]. *Am J Hosp Pharm*, 1990, 47(3):533.
- [5] 范璟蓉,李歆. 美国合作药物治疗管理及对我国的启示[J]. 中国新药杂志,2011,20(23):2 381.
- [6] 《中国高血压基层管理指南》修订委员会. 中国高血压基层管理指南:2014年修订版[J]. 中华健康管理学杂志,2015,9(1):10.
- [7] 冯晶晶,王小万,王增武,等. 高血压管理的国际经验及启示[J]. 中国药房,2014,25(18):1 711.
- [8] 许卫华,王奇,梁伟雄. 问卷或量表在病人依从性测量中的应用[J]. 中国慢性病预防与控制,2007,15(4):403.
- [9] 魏存,邓光辉,沈兴华,等. 老年抑郁量表和自测健康评定量表在上海某军队老干部心理健康测评中的比较[J]. 医学与社会,2014,27(9):69.
- [10] 王玉慧,彭程,史文慧,等. 64例高血压患者药学服务中心理干预效果分析[J]. 中国药业,2014,23(19):56.
- [11] Tomaka J, Thompson S, Palacios R. The relation of social isolation, loneliness and social support to disease outcomes among the elderly[J]. *J Aging Health*, 2006, 18(3): 359.
- [12] Abqrall-Barbry G, Consoli SM. Psychological approaches in hypertension management[J]. *Presse Med*, 2006, 35(6/2):1 088.
- [13] 殷莉,李京亮,张岚,等. 原发性高血压患者的个性、情绪因素的研究[J]. 华西医学,2004,19(4):542.

(收稿日期:2015-12-28 修回日期:2016-05-17)

(编辑:张元媛)