

[13] 金子凡,冯娟.中性粒细胞与淋巴细胞比值对原发性急性脑出血患者短期预后的预测作用[J].中国脑血管病杂志,2018,15(5):236-240.

(收稿日期:2019-02-21 修回日期:2019-05-18)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2019.22.034

纽曼系统护理模式对精神分裂症患者不良情绪和生活质量的影响

齐晓燕¹,方喜玲²,王静^{3△}

陕西省西安市精神卫生中心:1.物理治疗科;2.护理部;3.妇女心理卫生科,陕西西安 710000

摘要:目的 研究纽曼系统护理模式对精神分裂症患者不良情绪和生活质量的影响。方法 选择 2016 年 1 月至 2019 年 1 月于该院就诊的 80 例精神分裂症患者,利用抽签法随机分为两组,每组 40 例。对照组采用常规护理,观察组采用纽曼系统护理模式。结果 两组护理后的抑郁自评量表(SDS)、焦虑自评量表(SAS)评分均明显降低($P < 0.05$),观察组护理后 SDS、SAS 评分显著低于对照组($P < 0.05$);两组护理后的阴性症状评定量表(SANS)评分均明显降低($P < 0.05$),观察组护理后 SANS 评分显著低于对照组($P < 0.05$);两组护理后的生活质量综合评定问卷-74(GQOLI-74)评分均明显升高($P < 0.05$),观察组护理后 GQOLI-74 评分显著高于对照组($P < 0.05$)。结论 纽曼系统护理模式有助于缓解精神分裂症患者的不良情绪,缓解症状,提高生活质量。

关键词:纽曼系统护理模式;精神分裂症;焦虑;抑郁

中图分类号:R749.3

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2019)22-3345-03

精神分裂症的发病率在所有精神疾病中最高^[1],患者数量约占我国精神疾病患者的 50%^[2]。精神分裂症的发病群体主要为青壮年^[3],患者的主要症状为出现特殊的情感、思维、行为和知觉等方面的障碍,精神活动与环境之间发生矛盾^[4]。提高生活质量和缓解不良情绪是临床治疗精神分裂症的主要措施。纽曼系统模式是 20 世纪 70 年代由美国的护理理论家、精神卫生护理领域开拓者贝蒂·纽曼通过实践提出的,在护理教育与实践中得到了广泛应用^[5]。纽曼系统护理模式把患者当作一个完整的个体,且可与周围的环境相互作用、保持平衡并形成开放系统^[6]。该理论已被广泛应用于原发性高血压、子宫内膜癌、急性胆囊炎、胃癌、肝硬化合并上消化道出血、乳腺癌等疾病的护理中,但较少见其应用于精神分裂症中。因此,本研究采用纽曼系统护理模式干预精神分裂症患者,分析其应用价值,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2016 年 1 月至 2019 年 1 月于本院就诊的 80 例精神分裂症患者。纳入标准:均符合精神分裂症诊断标准^[7];精神分裂症的相关症状基本消失,病情比较稳定,无阳性精神症状,没有明显的逻辑思维障碍;患者处在康复期。排除标准:合并严重的躯体疾病者;人格障碍者;合并其他精神疾病者;脑器质性疾病者。采用抽签法随机分为两组。观察组 40 例,男 23 例,女 17 例;年龄 20~53 岁,平均(34.72±5.93)岁;病程 1~23 年,平均(4.37±1.14)年。对照组 40 例,男 24 例,女 16 例;年龄 20~52 岁,平均(35.17±5.46)岁;病程 1~23 年,平均(4.29±1.13)年。两组的一般资料比较,差异均无统计学意

义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法 在住院期间,对照组采用常规的生活环境护理、心理护理和日常行动护理。观察组采用纽曼系统护理模式对精神分裂症患者实施系统的心理干预,方法如下:(1)基础性心理支持。入院后,护理人员以热情的态度对待患者,主动进行自我介绍,告知其主管医生、护士长和科室主任姓名,详细介绍病房的环境,并倾听患者的烦恼及诉求,给予心理支持,使患者感受到关怀。鼓励患者积极、正确地面对压力源,缓解焦虑和抑郁的情绪。(2)个体化评估。纽曼系统护理模式把精神分裂症患者当作一个独立的个体,护理人员在掌握患者的性格特点、家庭状况、工作经历和文化程度的情况下,通过访谈综合评估患者的心理状态。对于每位患者的问题进行具体分析,开展一对一的心理护理。针对个别情绪比较低落的患者,指导其进行深呼吸以及音乐疗法,减轻焦虑。(3)家庭式健康教育。本院的物理治疗科根据临床经验制作了精神分裂症的科普宣传幻灯片,每周定期组织患者以家庭为单位进行学习,由临床经验较为丰富的医护人员进行讲解。将精神分裂症的治疗手段、药物、临床疗效、不良反应和注意事项等耐心地进行讲解,多分享治疗成功的临床案例。语言应通俗易懂,消除理解盲区,使患者得到来自家庭的支持、理解和鼓励,防止患者出现不必要的心理障碍及焦虑、抑郁情绪。

1.3 观察指标 (1)采用抑郁自评量表(SDS)评估患者抑郁程度。评分 53~62 分表示轻度抑郁,评分 > 62~72 分表示中度抑郁,评分 > 72 分表示重度抑郁。采用焦虑自评量表(SAS)评估焦虑程度。评分 50~59 分表示轻度焦虑,评分 > 59~69 分表示中度焦虑,

△ 通信作者,E-mail:13991333854@139.com。

评分 > 69 分表示重度焦虑。(2) 阴性症状评定量表 (SANS) 主要研究以阴性症状为主的精神分裂症, 用来判断护理模式对精神分裂症的效果。量表包括思维贫乏、情感迟钝或平淡、意志缺乏、注意障碍以及兴趣/社交缺乏 5 个方面。评分越低, 表示症状越轻。(3) 依照《心理卫生评定量表手册》中的生活质量综合评定问卷-74 (GQOLI-74) 判断患者躯体功能、心理功能、物质生活状态和社会功能的生活质量。此调查问卷共有 74 个条目。评分越低, 表示生活质量越差。比较两组患者护理前后以上项目的评分。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件进行统计分析, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 *t* 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者 SDS、SAS 评分比较 两组患者护理后 SDS、SAS 评分均显著低于护理前 ($P < 0.05$), 护理后观察组 SDS、SAS 评分显著低于对照组, 差异均

有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组 SDS、SAS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	时间	SDS 评分	SAS 评分
对照组	40	护理前	64.39 ± 7.58	63.42 ± 8.93
		护理后	55.47 ± 6.93 [#]	54.38 ± 7.42 [#]
观察组	40	护理前	65.42 ± 8.29	64.25 ± 7.48
		护理后	46.78 ± 5.49 ^{*#}	45.67 ± 6.15 ^{*#}

注: 与对照组护理后相比, * $P < 0.05$; 与同组护理前相比, [#] $P < 0.05$

2.2 两组患者 SANS 评分比较 两组护理后的思维贫乏、情感迟钝或平淡、意志缺乏、注意障碍以及兴趣/社交缺乏评分相比护理前均明显降低 ($P < 0.05$), 护理后观察组以上项目评分均显著低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 两组患者 GQOLI-74 评分比较 两组患者护理后的 GQOLI-74 评分均明显升高 ($P < 0.05$), 护理后观察组评分显著高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 2 两组 SANS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	时间	思维贫乏	情感迟钝或平淡	意志缺乏	注意障碍	兴趣/社交缺乏
对照组	40	护理前	10.37 ± 1.83	11.62 ± 1.93	10.13 ± 1.75	10.93 ± 1.64	11.24 ± 1.98
		护理后	9.13 ± 1.04 [#]	10.03 ± 1.79 [#]	9.05 ± 1.42 [#]	9.13 ± 1.05 [#]	10.13 ± 1.24 [#]
观察组	40	护理前	10.45 ± 1.64	11.57 ± 1.86	10.26 ± 1.83	10.87 ± 1.92	11.17 ± 1.74
		护理后	7.73 ± 0.65 ^{*#}	8.62 ± 1.48 ^{*#}	8.13 ± 0.97 ^{*#}	8.07 ± 0.65 ^{*#}	8.73 ± 1.16 ^{*#}

注: 与对照组护理后相比, * $P < 0.05$; 与同组护理前相比, [#] $P < 0.05$

表 3 两组 GQOLI-74 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	时间	躯体功能	心理功能	物质生活状态	社会功能
对照组	40	护理前	29.59 ± 4.38	28.15 ± 3.73	20.48 ± 3.92	27.58 ± 3.14
		护理后	33.14 ± 5.73 [#]	34.46 ± 4.85 [#]	23.67 ± 4.33 [#]	32.26 ± 3.73 [#]
观察组	40	护理前	28.25 ± 5.48	27.92 ± 4.63	20.25 ± 3.41	27.85 ± 3.92
		护理后	38.73 ± 6.64 ^{*#}	39.47 ± 5.26 ^{*#}	28.63 ± 4.39 ^{*#}	36.41 ± 4.09 ^{*#}

注: 与对照组护理后相比, * $P < 0.05$; 与同组护理前相比, [#] $P < 0.05$

3 讨 论

精神分裂症常常出现在成年人, 慢性化病程会对医疗资源造成巨大的浪费, 对患者及家属产生比较大的影响, 给社会带来沉重的负担^[8-9]。通过有效的药物治疗后, 部分精神分裂症患者会出现症状减轻、疾病转归或遗留缺损症状, 只有少数的患者能够完全缓解。虽然处于康复期的精神分裂症患者在身体方面逐渐有所好转, 但在心理情绪方面却依然存在着比较严重的问题, 极易出现自卑、恐惧、焦虑等一系列的心理问题^[10], 对患者的健康造成不良的影响^[11]。因此, 如何帮助精神分裂症康复期患者消除负面情绪、恢复健康是临床医生所要面临的重要问题。

纽曼系统护理模式是以开放系统为基础, 进行综合性的护理干预, 主要通过机体防御机制、压力源、护理 3 个方面的干预, 缓解不良情绪, 达到提升护理效果的目的^[12]。纽曼系统护理模式主要包括反应、人、预防和压力源 4 个部分, 重点在于了解患者在压力反应、环境压力源下的身心健康状况, 强调通过系统性

以及整体性的护理干预, 有效维持个人的稳定、健康和平衡, 在提高患者的疾病管理能力以及促进身心恢复方面具有较为重要的临床意义^[13]。在纽曼系统护理模式下, 医护人员在患者入院后及时、详细地评估患者的疾病认知度和具体病情, 包括疾病知识知晓情况、病情严重程度、自我管理能力和依从性等方面的内容, 且利用该模式判断患者与压力源及住院环境之间的关系, 与患者及其家属一起制订针对性的护理方案。一旦压力源将平衡打破, 可以恰当地采用纽曼系统护理模式减轻不良的压力反应或减少与压力源的接触, 有效地协助患者重获健康。目前多项研究认为, 纽曼系统护理模式在慢性疾病的护理中能有效促进患者恢复, 提高生活质量^[14-15]。孙萍^[16]将纽曼系统护理模式应用于冠脉造影患者的护理中, 结果发现该护理方法可以明显增强患者的自我保健能力, 缓解不良情绪。本研究发现, 两组护理后的 SDS、SAS 评分均显著降低 ($P < 0.05$), 且观察组评分显著低于对照组 ($P < 0.05$)。这表明纽曼系统护理模式通过向患者

详细讲解疾病知识,提高患者对精神分裂症的认知水平,指导患者如何调节情绪,防止出现因不良情绪影响疗效,从而改善症状。两组护理后的 GQOLI-74 评分均明显升高($P < 0.05$),观察组评分显著高于对照组($P < 0.05$)。以上结果表明,通过对精神分裂症患者进行个体化的认知评估,依照纽曼系统护理模式采取针对性的护理方案,有助于患者的情绪稳定,使其达到最佳的健康状态。

综上所述,纽曼系统护理模式有助于缓解精神分裂症患者的不良情绪,缓解症状,提高生活质量。

参考文献

[1] 程小燕,吕钦渝,耿瑞杰,等.精神分裂症阴性症状的评估现状与面临的挑战[J].精神医学杂志,2017,30(2):150-153.
 [2] 陈宏美,杨桂君,史鹏达,等.个性化延续性护理干预在精神分裂症患者康复中的应用[J].河北医药,2017,39(14):2224-2226.
 [3] SCHUBERT E W, MCNEIL T F. Neurobehavioral deficits in young adult offspring with heightened risk for psychosis who developed schizophrenia-spectrum disorder [J]. Schizophr Res, 2007,94(1/3):107-113.
 [4] 姜建茂,陈泽群,陈泽英.强化式护理在慢性精神分裂症住院患者康复训练中的应用[J].护士进修杂志,2017,32(6):532-534.
 [5] 周群.纽曼系统护理模式在腹腔镜胆囊切除患者围手术期的应用效果[J].当代临床医刊,2018,31(2):3740-3741.
 [6] 张霞.纽曼系统护理干预在良性甲状腺结节患者经乳晕入路腹腔镜甲状腺切除术围手术期中的应用[J].中国药物与临床,

2018,18(3):452-454.
 [7] 沈渔邨.精神病学[M].4版.北京:人民卫生出版社,2001:197.
 [8] 刘寰.人性化护理管理对恢复期精神分裂症患者的影响研究[J].中国药物与临床,2017,17(1):149-150.
 [9] 谢红涛,陶梅芳,贾颖婕,等.主动式社区家庭治疗对精神分裂症患者家庭环境及依从性的影响[J].中国康复理论与实践,2017,23(1):114-117.
 [10] COOPER R. Where's the problem? Considering laing and esterson's account of schizophrenia, social models of disability, and extended mental disorder[J]. Theor Med Bioeth, 2017,38(4):295-305.
 [11] 孙志刚,王学义.精神分裂症认知功能缺陷的药物治疗研究进展[J].临床精神医学杂志,2017,27(2):140-142.
 [12] 尹华,欧阳涵,王赟.纽曼系统护理模式对 B 超引导下肾穿刺活检术患者术前焦虑及术后并发症的影响[J].检验医学与临床,2016,13(7):891-892.
 [13] 杭卫丽.纽曼系统护理模式对胃癌根治术病人胃肠功能及生活质量的影响[J].护理研究,2017,31(18):2294-2296.
 [14] 白丽莉.纽曼保健系统模式在高血压病人护理中的应用[J].护理研究,2016,30(23):2937-2938.
 [15] 张伊倩,钮佟燕,秦菊,等.2001—2013 年国内有关纽曼系统模式在护理中应用的文献计量学分析[J].护理研究,2016,30(13):1639-1641.
 [16] 孙萍.纽曼系统护理模式对冠脉造影患者术前焦虑及术后并发症的影响[J].中华现代护理杂志,2013,19(23):2790-2793.

(收稿日期:2019-03-10 修回日期:2019-08-02)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2019.22.035

饮食管理联合适量运动对中心型肥胖患者体质量及血压的控制效果

周俊,马晓丽[△],党慧

陕西省安康市中心医院内分泌科,陕西安康 725000

摘要:目的 探讨饮食管理联合适量运动对中心型肥胖患者体质量及血压的控制效果。方法 选取该院 2015 年 12 月至 2018 年 12 月收治的 100 例中心型肥胖患者,将其作为受试者,按照随机数字表法分为研究组和对照组,每组 50 例。对照组患者在研究期间根据患者病情和饮食习惯进行常规管理,研究组患者采用饮食管理联合适量运动方案,对比两组患者体质量及血压水平。结果 两组患者在实施管理前体质量指数(BMI)、体质量、腰围、体脂百分比(F%)间差异均无统计学意义($P > 0.05$),管理后,研究组患者 BMI、体质量、腰围、F%明显低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。两组患者在实施管理前总胆固醇、三酰甘油、高密度脂蛋白胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇水平对比,差异均无统计学意义($P > 0.05$),管理后,两组患者以上指标均明显优于管理前($P < 0.05$),而研究组患者的改善程度更加明显($P < 0.05$)。两组患者管理前的舒张压、收缩压对比,差异均无统计学意义($P > 0.05$),管理后,研究组患者的舒张压、收缩压水平明显优于对照组($P < 0.05$)。结论 饮食管理联合适量运动对中心型肥胖患者体质量及血压控制效果显著,适宜临床推广应用。

关键词:饮食管理; 适量运动; 中心型肥胖; 体质量; 血压

中图分类号:R473.5

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2019)22-3347-03

肥胖是一种内分泌代谢性疾病,同时也是心血管疾病的危险因素^[1]。中心型肥胖患者机体进食热量大于人体消耗量,导致机体内脂肪过量积聚,脂肪分

布异常,尤其是腹部脂肪蓄积过多,体质量不断增加^[2]。中心型肥胖是肥胖中相对危险的一种类型,相比于一般类型的肥胖,中心型肥胖更应引起临床工作

[△] 通信作者, E-mail:492204541@qq.com.