

Evaluation on the Application of Cooperative Nursing Mode in the Nursing of Schizophrenic Patients

Bipeng Chen

Wuhan Hospital of Traditional Chinese and Western Medicine, Wuhan, Hubei, 430000, China

Abstract

Objective: To explore the value of cooperative nursing mode in schizophrenic patients. **Methods:** A total of 50 schizophrenic patients admitted from February 2018 to October 2019 were divided into 2 groups (random envelope method), 25 patients in the control group were selected for routine nursing, and 25 patients in the observation group were selected for collaborative nursing mode, and mental symptom scores and self-knowledge were statistically compared. **Results:** The score of mental symptom in the observation group was lower than that in the control group. The self-knowledge score of the observation group was higher than that of the control group. **Conclusion:** It is more ideal to apply the mode of collaborative nursing to reduce the score of mental symptoms and improve the value of self-knowledge in schizophrenia.

Keywords

cooperative nursing mode; schizophrenic; nursing; quality of life; self-knowledge

协同护理模式在精神分裂症患者护理中的应用评价

陈壁鹏

武汉市中西医结合医院, 中国·湖北 武汉 430000

摘要

目的: 探讨精神分裂症患者选用协同护理模式的价值。**方法:** 选2018年02月至2019年10月区间收治50例精神分裂症患者研究, 均分为2组(随机信封法), 对照组25例选用常规护理, 观察组25例选用协同护理模式, 统计对比精神症状评分、自知力。**结果:** 观察组精神症状评分低于对照组, 数据对比 $P < 0.05$ 。观察组自知力评分高于对照组, 数据对比 $P < 0.05$ 。**结论:** 将协同护理模式应用在精神分裂症护理中对降低精神症状评分, 提高自知力价值更理想, 值得借鉴。

关键词

协同护理模式; 精神分裂症; 护理; 生活质量; 自知力

1 引言

精神分裂症属于迁延性精神疾病, 目前尚未明确致病原因, 多为该病是个体心理易感因素和外部社会环境等不良因素共同作用产生的疾病, 涉及感知、思维、情感、意志、认知等各个方面, 如何采取有效方案治疗及干预, 缓解精神分裂症患者病情为临床重点关注问题^[1]。据调查显示^[2]精神分裂症患病率为1%, 但高达85%的致残率导致其成为社会、家庭负担最重的精神疾病, 当前国际上对精神分裂症的治疗以社区护理为主, 急性期患者给予短暂住院治疗后可出院进行相关护理, 而中国对精神分裂症的治疗以住院为主, 因此需为患者提供科学、有效的护理干预, 还可引导患者了解护理计划及目标, 提高临床依从性, 论文选择50例2018年02

月至2019年10月区间收治精神分裂症患者研究, 对比不同护理方案价值, 汇总如下。

2 资料与方法

2.1 一般资料

纳入研究50例精神分裂症患者均选自2018年02月至2019年10月区间。观察组男13例, 女12例, 年龄均值(32.52 ± 8.14)岁; 病程均值(5.14 ± 1.92)月; 受教育年限均值(11.42 ± 3.25)年; 服药种类均值(5.05 ± 0.62)种。对照组男14例, 女11例, 年龄均值(32.82 ± 8.05)岁; 病程均值(5.24 ± 1.35)月; 受教育年限均值(11.71 ± 3.25)年; 服药种类均值(5.11 ± 0.52)种, 数据统计 $P > 0.05$ 。

诊断标准: 符合《国际疾病与分类》(ICD-10)中相关

标准

纳排标准：（1）纳入①家属签署知情同意书者；②18-60岁者；③既往住院治疗<3次者；④接受药物治疗者；⑤上报医院伦理委员会获得审批者。（2）排除①严重躯体疾病者；②心脑肾等器质性病变者；③无法配合完成治疗计划者；④妊娠期；⑤药物过敏者；⑥合并其他精神疾病者；⑦不稳定躯体疾病者；⑧自愿退出本次研究者；⑨存在严重自身、自残倾向者。

2.2 方法

常规护理：由护理人员在患者入院后给予一级护理，当班护士加强对患者病情评估，并根据其实际病情制定有效护理方案，由责任护士、当班护共同实施护理措施，在护理中严格遵医嘱加强患者病情、用药、日常生活观察，并做好入院指导及健康教育工作，确保病情控制效果^[3]。

协同护理：（1）成立护理小组：由责任医师、护士长、责任护士等组成护理小组，根据患者病情、受教育程度制定护理方案，在护理实施中定期评估患者病情，并对护理方案进行调整或修订。（2）制定护理方案：根据卫生部相关规定，咨询科室专家，制定标准护理方案。①病情评估：在患者入院1-3天内护理人员需帮助患者完成自杀、冲动、暴力等评估及相关检查，谨防入院后出现外走、自杀、藏药等行为^[4]。②入院指导：护理人员需详细为患者及其家属做好入院指导及病情宣教工作，详细解释协同护理优势、内容、目的、注意事项等，而后指导其签署知情同意书^[5]。③生活指导：在入院后护理人员需在患者情绪稳定情况下，营造良好的沟通氛围，与患者一定分析当前病情，指导患者出现幻觉、妄想时通过注意力转移、心理按时等缓解负性情绪，并鼓励患者多与其他病友交流，通过下棋、看电视、浇花、跳舞等排解内心情绪，同时护理人员在实施各治疗、护理操作前需告知患者，待征得其同意后实施，以提高其临床配合程度，降低对医务人员敌对程度^[6]。④康复指导：根据患者生活环境、工作环境等明确其存在心理问题，指导患者参与到娱乐治疗中，使其正确认知及时疾病，并积极配合医务人员进行治疗，引导其向大家分享治疗经验、负性情绪。另外，由护理人员指导患者掌握药物管理技能、人际交往方法、生活训练等，60-90min/次，提高其自知力。⑤出院指导：在患者出院前由护理人员向患者及其家属讲解疾病预防、家庭护理、医疗政策等，

鼓励家属多与患者沟通，引导其早日回归社会。

2.3 观察指标

①考 PANSS 量表评价两组护理前、护理后 8 周、12 周、24 周阳性症状、阴性症状、情感症状、认知能力、敌意等因子，得分越低病情改善越明显^[7]。②参考 ITAO 量表评价两组患者护理前、护理后自知力，得分越高自知力越高。

2.4 统计学方法

借助 SPSS22.0 分析，t、平方差表示计量资料，%、卡方表示计数资料，P 值表示检验结果。

注：以“#”表示与观察组对比差异显著，以“*”表示与护理前对比差异显著。

3 结果

统计两组精神症状评分：护理前、护理后 8 周、12 周两组精神症状评分对比无差异，观察组护理后 24 周高于对照组（P<0.05）。

表 1 精神症状评分（x±s，分）

组别	阳性症状	阴性症状	情感症状	认知能力	敌意	
观察组 (n=25)	护理前	26.14 ±3.89	17.82 ±3.02	31.25 ±3.89	31.22 ±2.82	32.82 ±3.16
	护理后 8 周	16.21 ±3.42	14.62 ±4.24	24.21 ±4.12	24.14 ±3.89	24.11 ±3.71
	护理后 12 周	12.41 ±5.08	10.32 ±3.72	20.71 ±4.25	20.92 ±3.15	20.71 ±3.93
	护理后 24 周	7.65 ±3.12*	7.21 ±3.52*	14.42 ±4.02*	14.01 ±3.22*	14.02 ±3.12*
	护理前	26.14 ±3.11	18.94 ±4.12	29.11 ±5.14	29.14 ±5.11	29.14 ±5.12
对照组 (n=25)	护理后 8 周	17.34 ±3.42	15.14 ±3.72	25.04 ±3.71	25.14 ±3.22	25.31 ±3.14
	护理后 12 周	13.14 ±4.15	12.36 ±3.71	22.62 ±5.21	22.52 ±5.14	22.42 ±5.08
	护理后 24 周	9.35 ±5.21#*	11.94 ±6.11#*	18.72 ±4.72#*	18.22 ±4.05#*	18.05 ±4.24#*

统计两组自知力：护理前、护理后 8 周两组自知力对比无差异，观察组护理后 12 周、24 周自知力高于对照组（P<0.05）。

表 2 自知力（x±s，分）

组别	护理前	护理后 8 周	护理后 12 周	护理后 24 周
观察组 (n=25)	6.42 ±5.11	7.32 ±5.21	9.42 ±5.35*	15.11 ±4.32*
对照组 (n=25)	6.32 ±5.31	7.21 ±5.14	8.24 ±4.31*	10.02 ±4.21#*

4 讨论

精神分裂症患者以幻觉、妄想、幻听等为临床表现，并

伴有焦虑、抑郁、厌世等负性情绪,随着病情加重还会损伤患者智力、记忆力,致使其出现学习能力下降、记忆受损、执行力下降等情况,因此需在治疗同时加强护理人员,引导患者配合医务人员进行治疗、护理,既可提高其对病情认知程度,还可提升治疗配合程度。

协同护理模式作为新型护理方案,是在常规护理基础上引导患者充分发挥自我护理能力,鼓励其参与到临床治疗、护理工作中来,护理人员扮演教育者、支持者、协调者身份,最大限度发挥患者及其家属参与护理能力,在节约临床资源同时,提高整体护理质量,本研究中观察组经协同护理模式后24周阳性症状、阴性症状、情感症状、认知能力、敌意等方面评分低于对照组,且护理后12周自知力 9.42 ± 5.35 分、24周自知力 15.11 ± 4.32 分高于对照组 8.24 ± 4.31 分、 10.02 ± 4.21 ,此结果与田春梅^[7]等研究中 16.42 ± 2.14 分自知力评分接近,提示协同护理模式在改善患者临床症状、自知力等价值。分析:在患者入院后护理人员通过评估患者病情、配合程度变化,制定针对性护理方案,在后期护理中随时根据病情改善情况调整护理措施,确保护理效果,其次协同护理模式从病情评估、入院指导、生活指导、康复指导、出院指导等方面入手,尽可能引导患者走出自我内心世界,敞开心扉接受来自医务人员、家属及亲朋好友的关心,并鼓励其参与到工娱治疗活动、人际交往训练中,引导其及早获得社

会接纳及支持,提高其治疗信心^[8]。

综上,将协同护理模式应用在精神分裂症康复中,既可提高患者自知力,还可改善其精神症状,提高病情控制效果,值得借鉴。

参考文献

- [1] 李丽静. 氯氮平减量联合阿立哌唑治疗男性精神分裂症的临床疗效分析[J]. 医学理论与实践, 2020(09):1431-1432.
- [2] 周聪, 鄢传东, 王鹏. 氯氮平与阿立哌唑治疗精神分裂症的疗效及对肝功能的影响[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2020(05):517-519.
- [3] 岳凌峰, 马敬. 疏肝解郁胶囊联合利培酮口服液治疗精神分裂症急性期疗效及对认知功能和血浆 NPY、LP 和 ChE 水平的影响观察[J]. 罕少疾病杂志, 2020(03):1-3.
- [4] 王锐昊. 抗精神病药物联合小剂量丙戊酸镁治疗精神分裂症攻击行为的疗效探究[J]. 当代医学, 2020(13):142-143.
- [5] 苗静. 探讨人文关怀在恢复期精神分裂症患者护理中的临床应用效果[J]. 中国医药指南, 2020(12):213-214.
- [6] 寇建华, 李涛. $\alpha 2$ 巨球蛋白在脑梗死后精神病性障碍患者脑脊液中的表达及临床意义[J]. 中风与神经疾病杂志, 2020(04):358-361.
- [7] 田春梅. 探讨综合护理干预在恢复期精神分裂症护理中的效果[J]. 中国医药指南, 2020(11):275-276.
- [8] 赵金桃, 钟怡, 刁健, 等. 团体心理剧技术在慢性精神分裂症患者康复中的应用[J]. 中国健康心理学杂志, 2020(05):652-656.