

综合护理在酒精所致精神障碍患者临床护理中的应用效果

黄 涛

乐山市精神卫生中心 四川 乐山 614100

【摘要】目的：本文旨在观察综合护理在酒精所致精神障碍患者临床护理中的应用效果，为酒精所致精神障碍患者临床护理质量提升提供支持。**方法：**选取2019年10月—2021年5月我院收治的84例酒精所致精神障碍患者为研究对象，依据入院日期将患者分为对照组（单号；采取常规护理干预）、综合组（双号；采取患者综合护理）。观察两组患者护理后心理状况、生活质量、护理满意度情况。**结果：**护理前，两组患者焦虑自评（SAS）评分、抑郁自评（SDS）评分、各项生活质量（SF-36）评分对比差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；护理后，两组SAS评分、SDS评分均有下降，各项SF-36评分均有所升高，且综合组SAS、SDS评分低于对照组，各项SF-36评分高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。护理后，综合组护理满意度高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。**结论：**将综合护理应用于患者护理中，可有效改善酒精所致精神障碍患者生活质量、心理状况，进而提高护理满意度，值得临床推广应用。

【关键词】酒精所致精神障碍；综合护理；护理满意度；心理状况；生活质量

【中图分类号】 R473

【文献标识码】 B

【文章编号】 2096-1685(2022)10-0097-03

酒已经是人们日常交际应酬的重要工具，随着饮酒者数量的增多，由酒精所导致的精神障碍疾病患者数量有所增加^[1]。酒精所致精神障碍患者临床表现症状包括出现幻觉、容易冲动等，由于精神障碍可能引起多种家庭矛盾，使患者心理状态、生活质量均受到严重影响。本研究以2019年10月—2021年5月我院收治的84例由酒精所致精神障碍患者为研究对象，意在分析此类患者应用综合护理的临床价值。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

选取2019年10月—2021年5月我院收治的84例酒精所致精神障碍患者为研究对象，依据入院日期将患者分为对照组（单号）、综合组（双号），分别予以常规护理干预、综合护理，每组42例。对照组患者年龄28~65岁，平均年龄（49.65±2.68）岁；饮酒史3~11年，平均饮酒史（6.87±1.71）年；饮酒量520.35~1541.75 g/d，平均饮酒量（956.75±52.67）g/d。综合组患者年龄28~65岁，平均年龄（49.71±2.65）岁；饮酒史3~11年，平均饮酒史（6.86±1.69）年；饮酒量520.48~1556.82 g/d，平均饮酒量（970.75±53.89）g/d。两组患者一般资料差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），研究可比。所有患者及家属自愿入组，均为男性，并对本研究知情同意，且已在入组同意书上签名。研究经本院伦理委员会核准。

1.2 方法

1.2.1 对对照组患者采取常规护理干预 观察患者病情改善情况，并将具体病情记录在患者护理档案中，按照医嘱指导患者科学用药。根据患者情况，进行酒精所致精神障碍病因、治疗手段、护理注意事项等相关内容宣教，并及时解答患者提出的疑问。

1.2.2 对综合组患者采取综合护理干预 具体内容如下：

1.2.2.1 安全护理 护理人员根据患者意识障碍情况，给予患者相应护理，避免患者出现跌伤等情况；指导患者家属紧跟在患者身边。观察受幻觉妄想支配患者的行为表现，当患者出现幻觉妄想时，护理人员或家属需要妥善保管危险物品，确保患者安全。护理人员观察患者病房情况，保持患者病房干净整洁，适当使用绿植装饰，打造舒适病房环境，并每日适当对病房进行通风与消毒。

1.2.2.2 心理护理 护理人员积极与患者沟通，与患者建立良好的护患关系，评估患者心理状况。护理人员可通过短视频、宣传册、逻辑图等方式将酒精所致精神障碍的病因、治疗手段、护理注意事项等内容进行宣教，并及时解答患者提出的疑问。在宣教过程中，护理人员可向患者介绍治疗成功案例，增强患者治疗信心，改善患者的心理状态。另外，护理人员需密切观察患者情绪变化情况，当患者出现情绪低沉情况，及时与患者沟通，了解患者情绪低沉的原因，并给予患者适当地鼓励，可播放患者喜欢的音乐、综艺节目等。同时，护理人员需指导患者家属密切观察患者情绪变化，日常生活中多给予患者安抚与鼓励。护理人员还需要指导患者家属密切观察患者变化，做好家庭环境干预，保持良好家庭氛围，避免患者接触危险物品等。

1.2.2.3 戒断症状护理 护理人员需要观察患者情况，在戒断前两周内需要对患者生命体征变化进行密切观察，一旦发现异常需及时告知医生，按照医嘱给予输液治疗，加快酒精排泄。护理人员密切观察患者症状特征，指导患者严格按照医嘱用药，并告知患者按照医嘱用药的必要性，叮嘱患者家属协同护理人员共同督促患者科学用药。

1.2.2.4 饮食干预 护理人员指导患者保障营养搭配均衡,多摄入营养丰富的食物,并确保水分充足;同时,根据患者情况,指导患者适当补充微量元素,确保营养均衡。

1.3 观察指标

观察对照组、综合组心理状况、生活质量、护理满意度情况。

1.3.1 心理状况 焦虑自评(SAS)评分、抑郁自评(SDS)评分行观察,2量表均含有条目20个,每个条目评分范围1~4分,总分20~80分,分数同患者焦虑/抑郁程度正相关^[2]。

1.3.2 生活质量 生活质量(SF-36)评分,可以从躯体角色、躯体功能、肌体疼痛、健康状况、社会功能、生命力、情感角色、心理健康八个维度对患者生活质量行评定,评分越高则患者生活质量越高。

1.3.3 护理满意度 患者依据自身感受对护理服务评

分,评分范围0~100分,根据分数不同分三个等级,分别为非常满意(95分以上)、基本满意(85~95分)、不满意(低于85分),满意度=1-不满意度。

1.4 统计方法

使用SPSS 24.0软件对研究数据进行统计分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间对比 t 进行检验,计数资料以百分率 $n(\%)$ 表示,组间对比 t 、 χ^2 进行检验, $P < 0.05$ 代表差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者心理状况比对

护理前,两组患者SAS评分、SDS评分对比差异无统计学意义, $P > 0.05$;护理后,两组患者SAS评分、SDS评分均有所下降($P < 0.05$),且综合组两项评分均低于对照组, $P < 0.05$ 。详见表1。

表1 护理前后两组患者SAS评分、SDS评分比对 [$(\bar{x} \pm s)$,分]

组别	SAS		t	P	SDS		t	P
	护理前	护理后			护理前	护理后		
综合组 ($n=42$)	53.32±1.18	40.22±1.03	54.203	< 0.001	55.53±2.11	38.02±1.36	45.205	< 0.001
对照组 ($n=42$)	53.44±1.52	42.31±2.42	25.240	< 0.001	55.55±2.13	43.98±1.41	29.354	< 0.001
t	0.404	5.150	—	—	0.043	19.717	—	—
P	0.687	< 0.001	—	—	0.966	< 0.001	—	—

2.2 两组患者生活质量比对

护理前,两组患者躯体角色、躯体功能、肌体疼痛、健康状况、社会功能、生命力、情感角色、心理健康等各项评分差异无统计学意义, $P > 0.05$;护理后,两组患者的躯体角色、躯体功能、肌体疼痛、健康状况、社会功能、生命力、情感角色、心理健康等各项评分均有所升高($P < 0.05$),且综合组各项评分均高于对照组, $P < 0.05$ 。详见表2。

表2 护理前后两组患者SF-36评分比对 [$(\bar{x} \pm s)$,分]

免疫功能情况	综合组 ($n=42$)	对照组 ($n=42$)	t	P	
躯体角色	护理前	5.32±0.18	5.34±0.20	0.482	0.631
	护理后	6.87±0.03	6.31±0.12	29.340	< 0.001
	t	55.047	26.952	—	—
	P	< 0.001	< 0.001	—	—
躯体功能	护理前	18.86±1.03	18.85±1.05	0.044	0.965
	护理后	26.12±1.06	24.04±1.04	9.077	< 0.001
	t	31.834	22.759	—	—
	P	< 0.001	< 0.001	—	—
肌体疼痛	护理前	7.53±1.11	7.55±1.13	0.082	0.935
	护理后	10.02±1.36	8.54±1.41	4.896	< 0.001
	t	9.192	3.551	—	—
	P	< 0.001	0.001	—	—
健康状况	护理前	17.68±1.21	17.72±1.40	0.140	0.889
	护理后	23.87±0.57	21.28±1.27	12.058	< 0.001
	t	29.992	12.206	—	—
	P	< 0.001	< 0.001	—	—

续表2

免疫功能情况	综合组 ($n=42$)	对照组 ($n=42$)	t	P	
社会功能	护理前	5.57±0.98	5.63±1.09	0.265	0.791
	护理后	10.02±0.84	9.38±0.87	3.430	0.001
	t	22.343	17.426	—	—
	P	< 0.001	< 0.001	—	—
生命力	护理前	18.59±0.98	18.61±0.94	0.095	0.924
	护理后	22.04±0.72	20.38±0.69	10.788	< 0.001
	t	18.386	9.837	—	—
	P	< 0.001	< 0.001	—	—
情感角色	护理前	3.57±0.08	3.59±0.09	1.076	0.285
	护理后	4.92±0.14	4.38±0.06	22.976	< 0.001
	t	54.259	47.332	—	—
	P	< 0.001	< 0.001	—	—
心理健康	护理前	19.58±0.98	19.55±1.09	0.133	0.895
	护理后	27.63±0.70	24.98±1.23	12.135	< 0.001
	t	43.319	21.412	—	—
	P	< 0.001	< 0.001	—	—

2.3 两组患者护理满意度情况比对

综合组护理满意度高于对照组,差异有统计学意义, $P < 0.05$,详见表3。

表3 护理后两组患者护理满意度比对 [$n(\%)$]

组别	n	非常满意	基本满意	不满意	满意度
综合组	42	17(40.48)	24(57.14)	1(2.38)	41(97.62)
对照组	42	13(30.95)	19(45.24)	10(23.81)	32(76.19)
χ^2	—	—	—	—	8.473
P	—	—	—	—	0.004

3 讨论

酒精所致精神障碍主要指患者由于长期过量饮用,导致自身出现多种精神障碍,包括依赖、戒断综合征、精神病性等症状,如果得不到及时治疗,会对患者的心理、生活等层面产生严重影响^[3]。针对酒精所致精神障碍患者,在治疗过程中采取相应的护理干预,可帮助患者改善心理状态,调整患者生活。

综合护理干预属于一种全方位护理干预模式,可根据患者病情,给予患者综合全面的护理干预,从心理、生活等多个角度给予患者护理服务,以改善患者心理及生活状态^[4-5]。本研究选取我院收治的84例酒精所致精神障碍患者作为研究对象,结果显示:护理后,综合组患者的心理状况、生活质量、护理满意度情况均优于对照组患者($P<0.05$)。综合护理干预应用优势分析如下:(1)通过心理干预可根据患者心理状况,采取与患者建立良好的护患关系,并通过逻辑图等知识宣教,加深患者对酒精所致精神障碍的理解,增强患者治疗信心,改善患者心理状态。(2)通过安全护理、戒断症状护理、饮食干预等措施,对患者生活进行调整,指导患者养成积极的生活习惯,改善患者生活质量。通过安全护理可确保患者在治疗期间避免碰触到危险物品等,保证患者在整个治疗期间的安全。《综合护理在酒精所致精神障碍患者临床护理中的应用效果》^[6]研究显示,以198例酒精所致精神障碍患者为例,将其随机分为对照组(常规护理)和观察组(综合护理);护理后,观察组SAS评分(40.09±1.73)分、SDS评分(38.67±1.55)分、护理满意度95.96%,明显优于对照组SAS评分(45.06±2.75)分、SDS评分(44.17±2.38)分、护理满意度84.85%。本次研究结果提示,护理后,综合组SAS评分(40.22±1.03)分、SDS评分(38.02±1.36)分、护理满意度97.62%,均优于对照组的SAS评分(42.31±2.42)分、SDS评分(43.98±1.41)分、护

理满意度76.19%,与文献^[6]研究结果高度一致,说明将综合护理干预应用于酒精所致精神障碍患者护理中,可有效改善患者心理状态,提升护理满意度。本次研究酒精所致精神障碍患者采取综合护理干预进行分析,但选取样本量较小,未对不同年龄层患者受综合护理干预具体影响进行分析,下次研究中将扩大样本量,深入分析不同年龄层患者受综合护理干预的影响,以为综合护理干预模式高质量应用提供有力支持。

综上所述,针对酒精所致精神障碍患者生在护理中,可采用综合护理干预模式,进一步提升护理质量,缓解患者焦虑与抑郁,提升患者生活质量,为患者提供更为全面舒适的护理服务,从而提高护理满意度,值得临床推广。

参考文献

[1] 褚玲燕,黄娟,保娟,等.延续性护理对酒精所致精神障碍患者复饮的影响[J].国际护理学杂志,2021,40(11):2099-2102.

[2] 翁胜忠,姜微,高明.小剂量阿立哌唑联合地西洋治疗酒精所致精神障碍的临床疗效观察[J].中国现代药物应用,2021,15(9):204-206.

[3] 周文娟,王婷,李炎兵.探讨心理护理干预对酒精所致精神障碍患者焦虑情绪的影响[J].中国保健营养,2018,28(7):6.

[4] 时文芳.对行封闭式戒酒治疗的酒精所致精神障碍患者进行综合护理的效果分析[J].当代医药论丛,2015,13(23):68-69.

[5] 刘惠,崔颖.68例酒精所致精神障碍患者的临床分析及护理[J].中国医药指南,2018,16(22):273-274.

[6] 辛凤.综合护理在酒精所致精神障碍患者临床护理中的应用效果[J].中华养生保健,2021,39(15):90-91.

(上接第96页)

参考文献

[1] 国家癌症中心.2022年全国癌症报告[N].运动医学与健康科学英文版,2022.

[2] 郭亮,马曜辉,管庆军,等.非肌层浸润性膀胱癌术后吉西他滨联合卡介苗膀胱灌注化疗的疗效及对免疫功能的影响[J].医药论坛杂志,2020,41(7):89-93.

[3] 申晶晶.个性化护理干预对膀胱肿瘤患者术后化疗药物膀胱灌注治疗的临床效果及影响[J].中国药物与临床,2021,21(2):346-347.

[4] 毛元香,张杨,刘利蓉.膀胱灌注患者治疗依从性影响因素调查研究[J].检验医学与临床,2013(21):2872-2873,2874.

[5] 万崇华,陈明清,张灿珍,等.癌症患者生命质量测定量表EORTCQLQ-C30中文版评介[J].实用肿瘤杂志,2005,20(4):353-355.

[6] 丛艳华.膀胱肿瘤手术后膀胱灌注并发症的预防护理[J].实用临床医药杂志,2017,21(20):66-68.

[7] 王毅,陈晓松.个性化护理对TURBT术后膀胱灌注化疗依从性的影响[J].现代泌尿生殖肿瘤杂志,2019,11(3):170-171.

[8] 赵丽裴,陈振兰,卢杏新,等.护理干预对膀胱肿瘤患者术后膀胱灌注并发症的影响[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(42):141.