

運用體重控制計劃協助一位精神病患者減輕體重

邱鈴綺

摘要 介紹協助一位服用非典型抗精神病藥物患者減輕過重體重之護理經驗。運用個案的主訴及病室的行為觀察等方式收集資料，根據身體、情緒、智能、社會、靈性等五大層面進行整體性評估。確定個案兩個主要問題：(1)營養不均衡：多於身體所需；與缺乏良好的飲食習慣及運動有關；(2)思考感受變異：與疾病導致認知缺陷有關。設計體重控制計劃，督促個案執行減重，使個案6個月內體重減少15公斤，並且運用飲食修正改善個案錯誤的飲食習慣。

關鍵詞 體重控制 精神病患者

1. 前言

近來有許多非典型抗精神病藥物問世，越來越多的文獻指出非典型抗精神病藥物可能跟體重增加和代謝異常有關(林立寧、何曉旭、林信男, 2004; Chue & Cheung, 2004)。體重增加會進而影響身體狀況，同時患者也會因為體重增加而產生生活品質下降、自尊心受損。因此必須重視患者體重增加所帶來的身體危害，透過適切的醫療及護理措施與病患溝通，並落實於病患照顧中，引導個案如何面對減重及增加持續力，提升自我照顧能力，確切發揮護理人員的功能。

2. 措施依據

Casperson、Powell和Christenson(1985)指出運動是有計劃、有結構且具有重複性的一種身體活動，可維持或增進身體健康體能；肥胖的處理方式包含建立好的飲食控制、規律的運動、行為改變、藥物治療、外科手術、壓力的調適及環境的建立等(Gary, Nancy&Dori,2005)。對於一般肥胖者精神分裂症患者需增加運動量才能維持減重效果，困難度是相當高的，通常在短時間就會失敗。因此必須依照個案的個別性及獨特性設計減重計劃，確實督促個案執行減重。

2.1 運動

運動能增加能量的消耗，使身體所消耗的能量高於攝取的能量，而達到能量的負平衡。在自然呼吸的情況下步行，讓心跳維持在最高心跳數的50~60%之間，就能提升有氧運動的效能。愉快步行的速度和強度符合美國癌症預防控制運動醫學中心推薦的中等強度運動，無論是每天持續步行30分鐘或是間斷步行(10分鐘3次)，對身體組成、血脂肪與

心理健康均有正向的改變(鐘佩容、邱啟潤, 2007; 曾雯琦、楊政議、林彥如、陸汝斌, 2005; 劉倬吟、蔡秀鸞、李翠娥、許文音、蔡欽如、魏燕蘭, 2003)。步行時需注意速度以感覺舒適、自然有節奏為原則，手臂以放鬆的方法正常擺動，勿刻意用力擺振。原則上，步行使呼吸適當地加速、加深並配合步伐節奏，最後，步行的速度要足以刺激心肺系統，使發生訓練效果。(方淑卿、林瑞興, 2007)

2.2 營養

在飲食上提供飲食衛教的諮詢，適當飲食控制很重要，包括採取低脂、高纖維健康飲食法，可減少喝含糖飲料、減少吃零食、吃油炸食物、減少吃宵夜等行為，在吃肉時將肥肉皮去除再吃、及以少吃一餐來減肥(李宜育、洪芬芳、劉淑娟、林寬佳, 2007; 陳建良、何志聰、林自強、張兩概, 2007)。具有結構性、計劃性的飲食衛教方案的介入，可有效的增進、培養住院中復健期肥胖精神病患的正向積極飲食認知，因而改變其飲食行為，進而促進體重的控制(李宜育等, 2007)。護理人員必須將體重計畫融入日常生活中，例如：每天三餐後和睡前撰寫飲食日誌，記入進食的內容；每週測量體重一次，讓個案了解自己體重的變化(曾雯琦等, 2005)。

2.3 行為修正

精神病患體重控制運用行為治療、自我監測訓練、予以口語表達讚美，利用飲食衛教及控制、修正生活習慣等，可達到對於飲食行為的改變並減輕體重的目的(Faulkner、Soundy、Lloyd, 2003; 曾雯琦等, 2005)。同時以個別諮商技巧、個別討論方式協助擬定體重控制計劃書，及每週定時測量體重和紀錄飲食、運動和生活習慣的相關項目，已發現並改變不當行為，當達到預期的效果，與以實質或精神獎勵(劉倬吟等, 2003; 曾雯琦等, 2005; Chue, & Cheung, 2004)。

表1 個案的五大層面護理評估表

評估項目	主、客觀資料
身體層面	1、一般外觀及身體心像： S：「個案覺得自己的身材適中，長相普通沒有減肥的必要性。」 O：1. 患者身高175公分，住院時體重104斤，BMI(body mass index)：34屬於重度肥胖。 2. 個案外觀整齊，穿著合宜，自我照顧可獨立完成。 2、營養 S：個案表示：「我住院前三餐多為在家中吃，少有外食；住院之後，每餐可進食1-2碗白飯，及餐盒中的肉類及蔬菜，中午零食會吃一盒餅乾及一瓶飲料，晚上零食時間會吃一碗泡麵。」 O：1. 個案2007年開始服用Clozapine藥後，體重由104公斤增加到112公斤，共增加8公斤。 3、睡眠 S：個案表示：「我在家的時候常常晚上無法睡著，白天有時候就會很想睡覺」「我覺得躺在床上好像隨時有人會把我抓去開刀，讓我不敢入睡」「我的耳邊常常都會有向電台的聲波，吵的讓我很難入睡」 O：個案在醫院中平日睡眠約6-8小時，淺眠、易睡眠中斷，需助眠劑協助入睡。 4、排泄 S：「個案每日排便1-2次，表示沒有排便困難或腹瀉的情形。」 O：住院中每日可解便，沒有排尿困難及其他的不適感，排泄功能正常，未曾抱怨解便困難或尋求藥物治療之問題。 5、活動與休閒 S：個案表示：「大廳的沙發我不敢去坐，那邊的人會取笑我」 O：個案步態平穩，平日活動時間多蹲在牆邊，未見與其他病友互動的情況，社交顯較退縮。 6、身體健康狀況 O：個案入院時生化檢驗、尿液檢驗及心電圖均正常，意識清醒，服藥後無不適感，無內外科病史。
情緒層面	1、情感與心情 S：個案表示：「我是因為飊車被警察抓進來住院的，已經住三年了，我什麼時候才可以出院。」「我心情很不好，我又沒有病，我家人卻把我關在這裡，每天除了睡覺就沒有別的事情可以做了。」「我只是來這裡住院沒必要和別人起爭執，不要理他們就好了。」 O：個案平日臉部表情無特別大的變化，眼神顯空洞無神，情感表達顯淡漠。住院期間，看見護理人員多以微笑打招呼，少主動表達不適，會談時個案思考問題會出現中斷之情形，相同的問題反覆地詢問。
智能層面	1、思考、知覺 S：個案常表示：「護士，我是不是得到腦癌，我平常躺在床上的時候就是在進行腦部手術。」「我的頭後面有被開刀過，不信你看後面有一個刀疤。」「平常我一個人的時候總是會聽到電波的聲音，但不知道那是什麼聲音，覺得它很刺耳。」「我覺得有便衣警察，他們是在監控我的，想把我抓去警察局。」 O：1. 個案指的手術的刀疤因肥胖造成後枕部皮膚皺褶，但多次予以澄清，個案仍然認為是手術造成的。 2. 個案在會談中言詞思考鬆散、缺乏邏輯、答非所問，無法進一步澄清原因，對於妄想內容深信不疑，對於澄清接受度有限。 2、病識感 S：「我知道我自己是精神分裂病。」「我是因為飊車才會被帶進來住院，我什麼時候可以出院？」 O：1. 患者在家中尚未規則服藥，瞭解原因認為自己病好了，可以不需吃藥，目前住院中經工作人員監督下可被動規則服藥。 2. 患者知道自己有精神分裂症，且可以分辨幻聽，但對於身體妄想的部分仍深信不已，顯示僅有部分的病識感。 3、一般智能 S：「從吃藥後記憶力就變差了，有時候剛剛的事情馬上就會忘記」 O：簡單的計算能力$100-7=93$，$93-7=$？便無法在繼續算下去，逆向注意力缺損、專注力差，簡單的一般常識如我們現任的總統是誰可正確回答，抽象思考顯較差，人、時、地等定向感清楚。
社會層面	1、人際關係 S：「我不太喜歡跟不熟的人聊天，但是偶而還是會跟隔壁床的病友說話。」「我不喜歡參加職能治療活動，職能治療師叫我不要參加，他說我有皮膚病。」 O：個案個性內向寡言，多在病室內漫步、少與人互動、少話或蹲在牆邊沉思，對於參加活動顯防備，拒絕參加職能治療活動。 2、家庭狀況 S：「家人平常都在工作沒有時間來看我，他們大家都很忙。」「什麼時候可以讓我出院，我想回去看我的小孩。」 O：個案病發後與案妻分居，平時與媽媽同住，主要照顧者妹妹家人的關係疏遠，住院期間家人約半年才會來探望一次，個案可以主動和其互動。 3、經濟狀況 O：目前家中經濟由兄弟姐妹承擔，尚能支付個案住院中的醫療所需。
靈性層面	1、信仰 S：「我沒有特別的信奉宗教，不過每當遇到什麼困難時或有什麼想祈求時都會到家附近的廟拜保平安。」 O：個案沒有特別的宗教信仰。 2、人生觀 S：「我在這裡住院，就是要好好的休養，不想做任何的事情，要做什麼事情等以後出院後再說吧！」 O：對未來規劃較無積極性的做法，只希望能趕快出院。 3、自我實現 S：「人生本來就有苦有樂，而我也沒有什麼一技之長，沒有什麼好說的。」 O：對未來規劃未有安排，封閉退縮且沒有長遠的計劃。

3. 護理過程

3.1 個案簡介

羅先生，49歲，離婚，高職畢業，畢業後曾從事修車廠工作半年，斷斷續續做過許多工作，但工作不穩定，並且自23歲開始失業至今。個案於23歲開始出現自言自語及被害妄想，抱怨家人要陷害他，當時由妹妹陪同至精神科求診，診斷為精神分裂症，並且因為幻聽及妄想症狀干擾而多次住院治療。

3.2 護理評估

護理期間為2007年10月1日至2008年4月30日。筆者運用會談及觀察等方式收集資料，並根據身

體、情緒、智能、社會、靈性等五大層面進行整體性評估。具體評估內容見表1

根據上述病史及護理評估歸納主要之健康問題依序如下：

- 1) 營養不均衡：多於身體所需：與缺乏良好的飲食習慣有關。
- 2) 思考感受變異：與疾病導致認知缺陷有關。

3.3 護理過程

3.3.1 營養不均衡：多於身體所需：與缺乏良好的飲食習慣及運動有關。

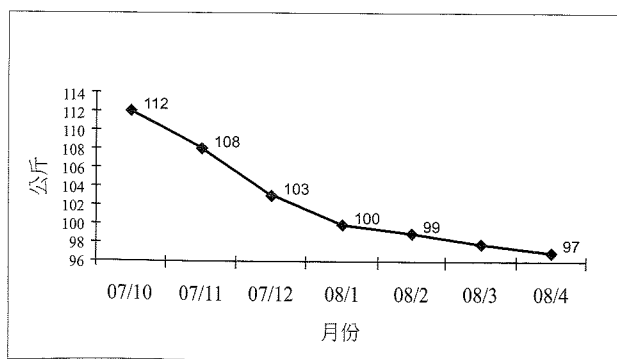
護理期間：2007年10月1日至2008年4月30日

3.3.2 思考感受變異：與疾病導致認知缺陷有關。

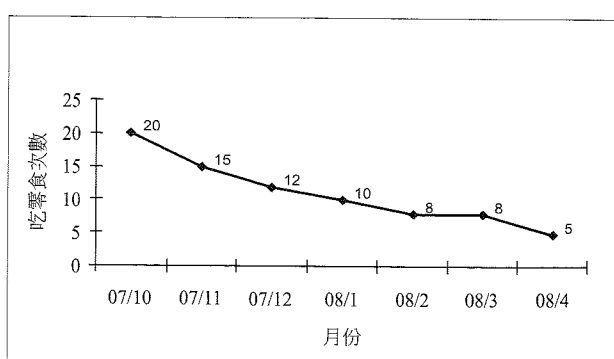
主客觀資料	護理目標	護理措施	護理評估
S： 2/10「我在這裡住院，就是要好好的休養，不想做任何的事情，也不需要做什麼運動。」 8/10「自己的身材適中，長相普通沒有減肥的必要性。」 13/10「個案表示入院後，每餐可進食1-2碗白飯，及餐盒中的肉類及蔬菜，中午零食會吃一盒餅乾及一瓶飲料，晚上零食時間會吃一碗泡麵。」 16/10「護士，我是不是得到腦癌，我的頭後面有被開刀過，不信你看後面有一個刀疤。」 O： 2/10患者身高175公分，體重112公斤，BM：37 kg/m ² 屬於重度肥胖（正常範圍：18.5 ≤ BMI <24），個案理想體重67.3公斤，實際體重比理想體重大44.7公斤。 2/10個案96年開始服用Clozapine藥後，體重由104公斤增加到112公斤，共增加8公斤。 16/10個案指的手術的刀疤因肥胖造成後枕部皮膚皺褶，但多次予以澄清，個案仍然認為是手術造成的。	1 短期目標（一個月內） 個案主動說明減重的重要性，記錄每天進食的情況，並做自我檢測。 2 中程目標（一到三月） 個案可以減少攝食零食的習慣，並養成每天兩次每次20分鐘的運動習慣，並且每月體重減少2公斤。 3 長程目標（三到六月）： 個案可以養成持續每天兩次每次步行運動30分鐘，6個月體重減少10公斤。	1-1 請個案每天記錄飲食自我檢視表，以了解自己的飲食攝取習慣，及共同討論缺失。 1-2 給於個案飲食衛教與諮詢，如減少含糖飲料、減少吃零食和油炸食物、減少吃宵夜等行為。 1-3 教導肥胖可能導致的疾病等知識。 1-4 每週固定時間測量一次體重，讓個案了解自己體重變化。 2-1 修正飲食習慣，如：不要在兩餐之間進食、如果要吃零食，選擇低卡高纖的食物、正餐時放慢速度、細嚼慢嚥、不吃速食等。 2-2 說明三餐定時定量，避免額外的零食對體重控制的重要性。 2-3 和個案共同擬定減重計劃，每天兩次每次20分鐘的運動習慣，當無法達成目標時，重新與個案修訂計劃內容減少挫折感。 2-4 說明正確的運動方式，步行時注意速度已感覺舒適、自然有節奏為原則，手臂以放鬆的方法正確擺動，勿刻意用力擺振，減少因運動造成的傷害。 3-1 重新與個案修訂計劃內容，增加運動時間，每天兩次每次30分鐘的運動，以達減重效果。	1-1 8/10因個案無飲食紀錄習慣，在第一週中無法落實每天飲食紀錄的情形，因個案平日三餐訂醫院伙食經由營養師調配熱量控制在1800-2000卡，於討論並修正為將每天額外攝取的食物記錄。 1-2 15/10經修正過後個案可以配合每天記錄飲食自我檢視表，並且「可說出減重對身體很好，這樣就可以減少慢性病和癌症的產生。」 2-1 10/11觀察個案用餐情況，個案可以細咬慢嚥，平均用餐時間約15-20分鐘。 2-2 25/11 個案除三餐外額外攝取的零食次數明顯減少，由原本20次減少為15次（詳見表二） 2-3 12/12個案表示「現在覺得肚子變小了，而且也變輕了，我減少了7公斤了。」個案可每天依契約執行減重運動計劃，無運動傷害產生，並依行為契約給於帶外出購物。 2-4 30/12個案於前三個月體重減少9公斤（詳見圖一） 3-1 2008/01/11個案能確實從每次20分鐘運動時間改成每次30分鐘步行運動。 3-2 2008/02/25個案表情愉悅「現在走路30分有流汗的感覺，而且肚子越來越小了，覺得很好。」 3-3 2008/04/15個案表示「現在97公斤已經兩個禮拜了，都沒有再減少了。」予說明減重產生停滯期的關聯性，並加強運動的重要性，以利個案可以持續執行減重計劃。 3-4 2008/04/30個案於6個月內體重共減少15公斤（詳見圖一）。

護理期間：2008年3月1日至2008年4月20日

主客觀資料	護理目標	護理措施	護理評估
S： 1/3「大廳的沙發我不敢去坐，那邊的人會取笑我。」 2/3「我是因為瘋車才會被帶進來住院，我什麼時候可以出院？」 4/3「我不喜歡參加職能治療活動，職能治療師叫我不要參加，他說我有皮膚病。」	1. 短期目標 14天內個案能可以主動表達對妄想內容之感受，並區分與現實的不同。	1-1以真誠及開放的態度建立治療性人際關係。 1-2確認藥物服用，並每日評估妄想的強度、頻率及持續時間。 1-3不要和病人爭論或否認其信念，或企圖說明讓他相信其妄想不是真的。	1-1 2008/03/10「我覺得大廳裡的那些人是便衣警察，他們是在監控我的，想把我抓去警察局。」澄清下仍堅信妄想內容。 1-2 2008/03/14「我覺得電視機上的人是在取笑我，但是我可以知道那是假的」個案可以區分妄想與現實的不同。
5/3「我不要參加職能治療活動了，那裡是兇殺案現場，有人在這裡被殺了。」 O： 2/3個案於病房內蹲在牆角，可接受短暫的陪伴及會談，過程中注意力無法集中，感覺有人要害他，對他不和。 5/3言詞思考鬆散、缺乏邏輯、答非所問，無法進一步澄清原因，情緒焦慮不安，對於妄想內容深信不疑。	2. 中程目標（一個月內）： 能說出妄想對疾病的相關性，能在活動中減少妄想性思考。	2-1安排活動如職能治療、康樂活動等，轉移注意力。 2-2當個案受妄想干擾時，以溫和態度適時介入協助。 2-3以分散注意力停止個案陷入妄想內容。 2-4需要時陪伴參與活動，並當個案完成時給於口頭讚美。 2-5提供疾病與藥物資訊，並與護理指導。	2-1 2008/03/29「我知道我是精神分裂症，精神分裂症會有妄想和幻覺，出院後也要每天吃藥才不會在被帶來這裡。」個案對於疾病有初步的概念及認知。
	3. 長程目標（一個月半內）： 可運用行為控制技巧轉移對妄想的注意力，而不會因妄想干擾日常生活。	3-1觀察病患的言語及行為是否受妄想的干擾。 3-2與其討論妄想對其日常生活所帶來的困擾。	3-1 2008/04/12「我覺得在做步行運動時，那些奇怪的感覺比較不會出現。」個案可藉由活動來轉移妄想出現的頻率。 3-2 2008/04/20表示「現在幻覺、被監視取笑不好的感覺減少很多。」與個案會談時表情愉悅，言談時可切題回應，邏輯性可。



圖一 個案體重變化統計圖



圖二 個案每月吃零食次數

4. 討論與結論

根據身體、情緒、智能、社會、靈性等五大層面進行整體性評估，發現個案服用非典型抗精神病藥物導致體重過重，先與個案建立好的治療性互動關係，在藉由體重控制介入措施，包括飲食控制、規律的運動、行為改變等行為方面都有顯著正向的改變；飲食認知部分，包括食物的類別、進食的速度及肥胖所致的疾病等知識均明顯增加；在體重控制部分，於介入措施前體重112公斤，介入措施時間為6個月，介入措施後減重15公斤。顯現運動及飲食修正對於服用非典型抗精神病藥物造成肥胖精神病患減重的重要性，期間護理人員以正向的鼓勵為前提，讓病患得到最想要的肯定，並且落實護理的持續性照顧、關懷，減少個案因執行計劃中遇到挫而失去信心，放棄繼續執行的意願。行為治療與修正可運用在各個領域中，建議在未來的在職教育的課程中納入行為治療方面的主題，使護理人員具備此方面的專業能力，能在所屬的領域中發揮到專業的功能。本體重控制計劃其成效可提供未來精神科護理人員針對體重過重之體重控制護理參考。

參考文獻

- 方淑卿、林瑞興(2007). 步行運動對肥胖者體脂肪之影響. *中華體育季刊*, 21(2), 1-7.
- 李宜育、洪芬芳、劉淑娟、林寬佳(2007). 飲食衛教對肥胖精神病患體重控制之成效. *北市醫學雜誌*, 4(6), 470-479.
- 林立寧、何曉旭、林信男(2004). 第二代抗精神病藥物對體重的影響. *臺灣醫學*, 8(5), 722-727.
- 洪昭安、李明濱、胡維恆、蕭淑貞(2003). 情感性疾病住院患者的服務滿意度之探討. *台灣精神醫學*, 17(1), 56-62.
- 曾雯琦、楊政議、林彥如、陸汝斌(2005). 第二代抗精神病藥物誘發體重增加之非藥物處理. *台灣醫學*, 9(4), 536-539.
- 陳建良、何志聰、林自強、張兩概(2007). 肥胖第2型糖尿病患者之減重治療. *內科學誌*, 18(6), 322-331.
- 劉倬吟、蔡秀鸞、李翠娥、許文音、蔡欽如、魏燕蘭(2003). 青春體重過重女生體重控制介入措施之初步成效. *臺灣醫學*, 7(2), 157-165.
- 藍毓莉、徐祥明、劉文健、曾洙荔、平烈勇(2006). 長期住院慢性精神病患之體重過重問題. *臺灣精神醫學*, 20(4), 305-315.
- 鐘佩容、邱啟潤(2007). 有氧運動介入對機構肥胖老人生理與體能的影響. *高雄護理雜誌*, 24(1), 1-11.
- Chue, P., & Cheung, R. (2004). The impact of weight gain associated with atypical antipsychotic use in schizophrenia. *Acta Neuropsychiatrica*, 16(3), 113-123.
- Faulkne, R. G., Soundy, A. A., Lloyd, K. (2003). Schizophrenia and weight anagement: a systematic review of interventions to control weight. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 324-332.
- Gary, S. S., Nancy A. H., & Dori, S. H. (2005). The role of a fitness intervention on people with serious psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29, 122-127.
- Menza, M., Vreeland, B., Minsky, S., Gara, M., Radler, D.R., & Sakowitz, M. (2004). Managing atypical antipsychotic -associated weight gain: 12-month data on a multimodal weight control program. *J Clin Psychiatry*, 65, 471-477.
- Si-Sheng Huang, M.D., & Nan-Ying Chiu, M.D. (2008). Weight Management Program for Overweight Patients with Schizophrenia: A 12-week Randomized Controlled Trial. *Taiwanese J Psychiatry*, 22(1), 67-73.
- Vieweg, W.V.R., Thomas, M., & Janisko, M. (2004). Patient and direct - care staff body mass index in a state mental hospital : implications for management. *Acta Psychiatr Scand*, 110, 69 - 72.

Body weight control for a patient with psychiatric disorder

Ling Chi Chiu

Abstract To introduce nursing experiences of body weight control of a patient with psychiatric disorder. Two major problems were identified: altered nutrition and sensory-perceptual alterations. Results showed that the patient lose 15 kg within six months and set up a healthy diet.